



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

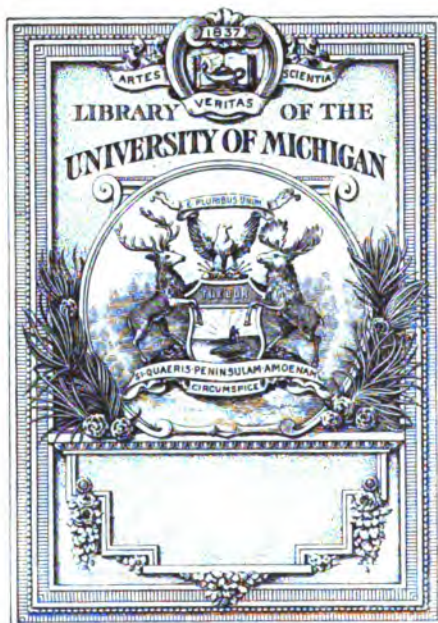
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

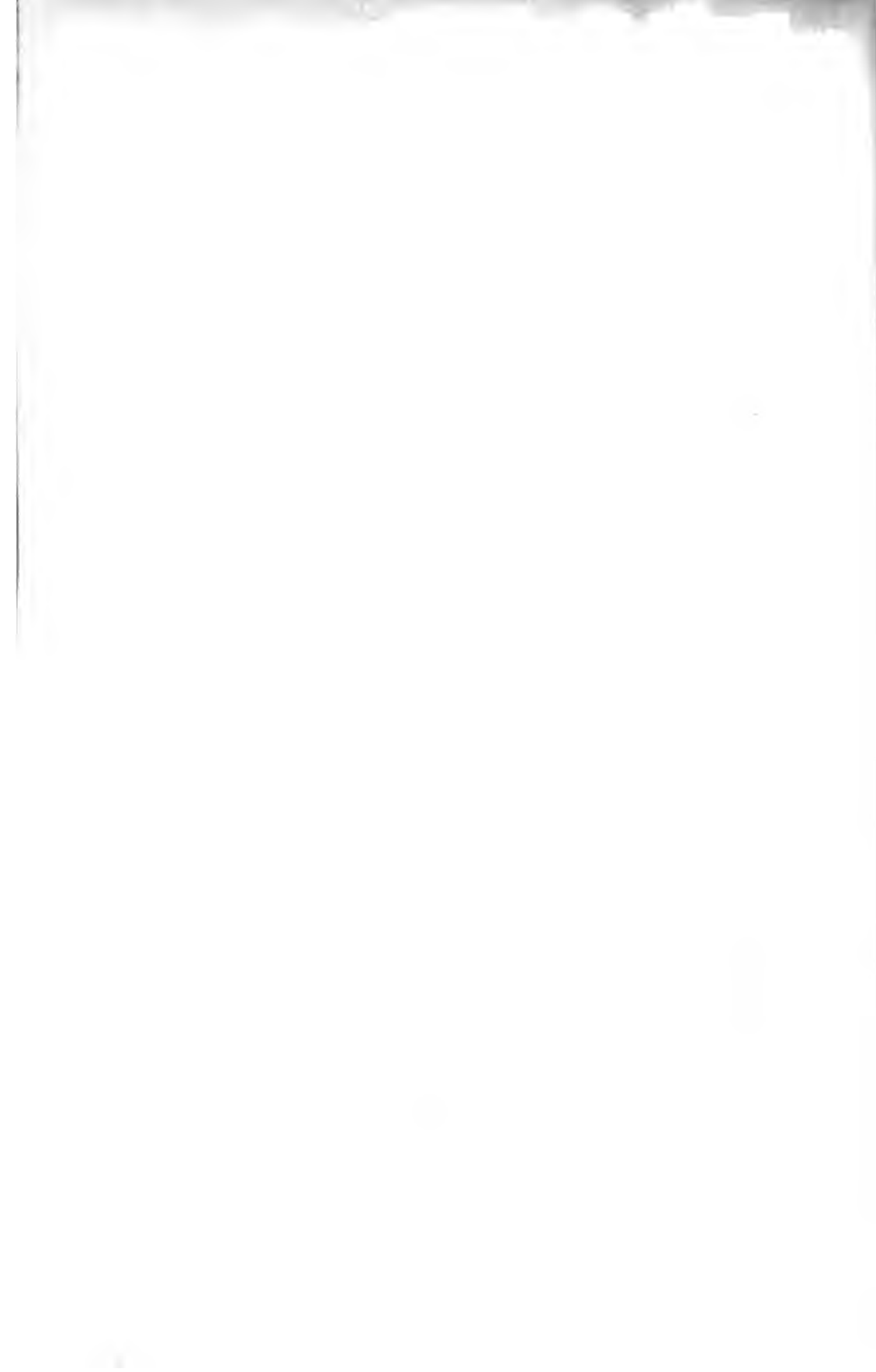
Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



B 3 9015 00207 894 0
University of Michigan - BUHR

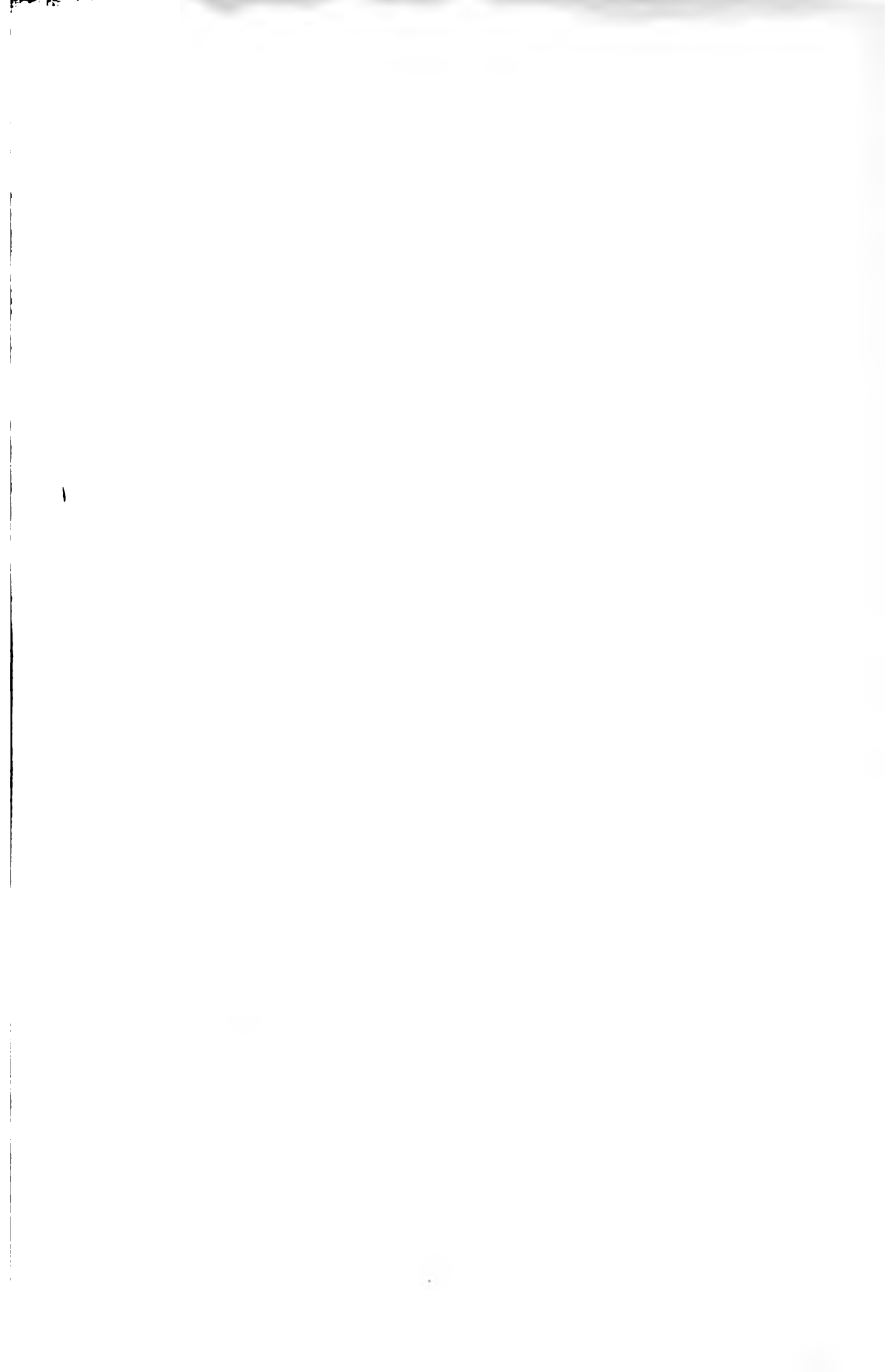


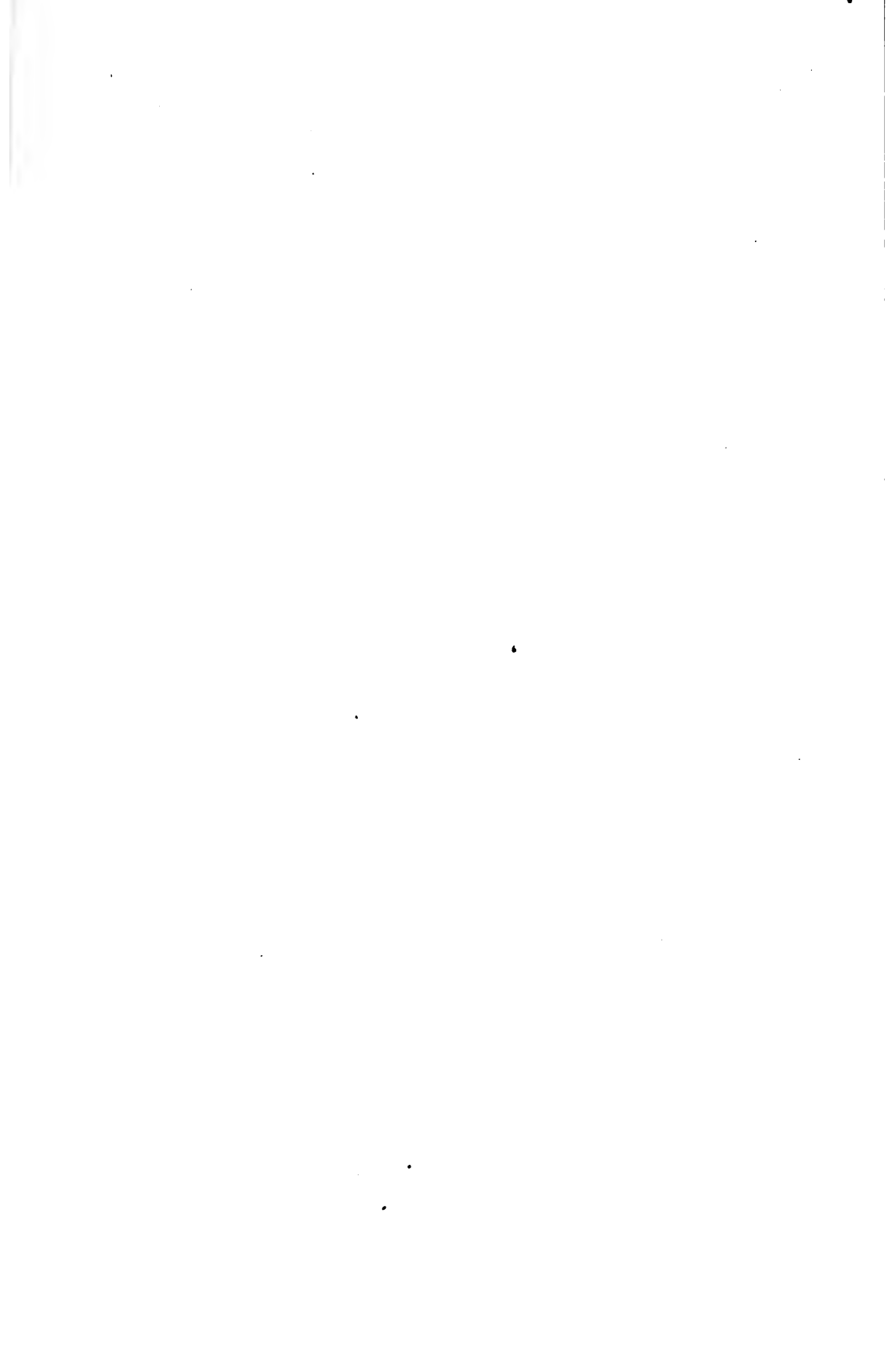




610,5
G29
G9







GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TOME XII — 1897

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

La *Gazette de Gynécologie* paraît le 1^{er} et le 15 de chaque mois, et forme chaque année un volume d'environ 400 pages, avec figures intercalées dans le texte.

L'abonnement est annuel et part du 1^{er} Janvier.

POUR LA FRANCE. 5 fr.

ETRANGER. 6 fr.

Le Numéro : 30 Centimes

Les numéros de l'Année 1885 étant à peu près épuisés, ne peuvent être délivrés qu'aux acquéreurs du tome I^{er} (1885-1886), dont le prix est de 7 fr. (rare).

Le tome II (1887), le tome III (1888), le tome IV (1889),

Le tome V (1890) : 6 fr.

Le tome VI (1891), le tome VII (1892), le tome VIII (1893), le tome IX (1894),

Le tome X (1895), le tome XI (1896), le tome XII (1897),

Pour la France, 5 fr.; pour l'Etranger, 6 fr.

LES ABONNEMENTS SONT REÇUS A PARIS

Au Bureau du Journal, 12, Rue de Châteaudun

EN PROVINCE ET A L'ÉTRANGER, CHEZ TOUS LES LIBRAIRES

ET SANS FRAIS DANS TOUS LES BUREAUX DE POSTE FRANÇAIS

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être envoyé

A M. le D^r A.-F. PHILIPPEAU, rédacteur en chef, 12, rue de Châteaudun
à PARIS.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

Journal bi-mensuel

DES

MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

FONDÉ PAR

Le Docteur P. MÉNIÈRE

Professeur libre de Gynécologie

RÉDACTEUR EN CHEF : D^r A.-F. PHILIPPEAU, O

*Membre de la Société Française d'Hygiène,
Trésorier du Syndicat des Médecins de la Seine.*

REVUE INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES

Docteur F. EKLUND (Stockholm), *Revue Scandinave.*

Docteur CRISTIANI (Genève) { *Revue Italienne.*
Revue russe.

Docteur A. MULLER-SCHIRMER (Mulhouse), *Revue Allemande.*

Docteur CASTANEDA Y CAMPOS (Pontoise), *Revue Hispano-Américaine.*

Docteur LAMBERT (Bruxelles), *Revue Belge.*

~~~~~  
TOME XII  
~~~~~

PARIS

12, Rue de Châteaudun, 12

—
1897

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

X^e CONGRÈS

Tenu à Paris du 19 au 24 octobre 1896.

Le Traitement des prolapsus génitaux.

III

*(suite et fin)*¹

Après amputation circulaire de la muqueuse vaginale cervicale, isolement du col aussi loin que possible à la face antérieure et à la face postérieure, celui-ci est divisé sur les côtés, au niveau des commissures, à droite et à gauche ; les valves antérieure et postérieure sont incisées obliquement et la muqueuse vaginale est suturée au catgut avec la muqueuse cervicale par le procédé d'Hegar.

FEUILLETON

Sur l'avortement.

On sait le retentissement douloureux qu'a produit dans le monde médical l'affaire d'avortement qui va se dérouler bientôt devant la Cour d'assises de la Seine. Deux de nos confrères — et l'un d'eux occupe dans la presse médicale une place importante — sont compromis dans cette affaire et arrêtés. Jusqu'au moment où la justice aura prononcé son jugement suprême, notre devoir est de considérer ces deux malheureux comme innocents du crime qu'on leur reproche et de nous élever contre

cette rage des journaux de publier de longues colonnes de renseignements plus ou moins faux, dans le seul but de satisfaire la malsaine curiosité des lecteurs et sans se préoccuper jamais, des tristes et irréremédiables conséquences qu'auront, pour des victimes peut-être, leurs inutiles indiscrétions.

Au sujet de cette affaire, l'on a rappelé combien les erreurs de diagnostic, dans les premiers mois de la grossesse, sont fréquentes ; l'on a rappelé que la plupart de ceux qui ont un nom en chirurgie avaient commis de pareilles erreurs. La liste des observations de l'espèce qu'ils ont publiées, est longue et intéressante. Mais un point sur lequel on n'a pas

1. Voir les N^{os} des 1^{er} et 15 Décembre 1896.

De cette manière, 4 ou 5 centimètres du col peuvent être facilement retranchés, et si l'on se rappelle que les utérus prolabés et élongés ne présentent guère en moyenne plus de 11 à 13 centimètres de longueur, on voit que, par cette amputation, l'utérus est ramené presque à sa longueur normale et n'excède plus guère 7 à 8 centimètres.

En outre, l'ablation des portions hypertrophiées entraîne dans le reste de l'organe un véritable travail de sclérose et d'atrophie à la suite duquel il se produit encore une diminution de volume et de poids.

Il est nécessaire de signaler, dans cette opération, la nécessité de la ligature soignée au catgut fin de trois ou quatre petites artères de chaque côté, à la base du ligament large, et la possibilité de l'ouverture du cul-de-sac péritonéal postérieur.

Le dernier temps consiste dans l'exécution d'une large colpopérinéorrhaphie et le plus souvent auparavant d'une colporraphie antérieure.

Il est remarquable de constater, après un temps éloigné, la fixité donnée à l'utérus à la suite de cette amputation élevée du col ; il se fait autour, dans le tissu cellulaire péri-utérin, un travail de rétraction à la suite duquel la portion sus-vaginale de l'utérus se trouve immobilisée et fixée. Si le résultat opératoire éloigné est défectueux, la récurrence est exclusivement formée par le prolapsus vaginal ; l'utérus reste en place et à la longue même il paraît s'atrophier.

Westermarck¹ ajoute à l'amputation du col 2 colporraphies

1. Congrès de Bruxelles, 1894.

suffisamment insisté, c'est le rôle de duplicité et de canaillerie que savent jouer certaines femmes enceintes pour tromper le médecin, abuser de sa bonne foi et arriver ainsi à leurs fins : se faire avorter grâce à un examen médical ou à une opération.

Nous nous sommes rappelé que notre ami Paracelse avait eu jadis une aventure de l'espèce et qu'il l'avait fidèlement rapportée dans ce journal même (1). Elle est typique. Nous avons cru que nos lecteurs — qui sans doute ne s'en souviennent plus — la liraient encore avec intérêt. La voici :

(1) *La clinique*, 1889, page 734.

* *

Je vous demande la permission d'abandonner aujourd'hui le ton habituel de nos causeries pour vous raconter une simple histoire qu'il serait vraiment regrettable de laisser perdre.

Cela date de quelques mois. Je fus mandé un beau jour chez une dame qui m'était d'ailleurs complètement inconnue. Ce sera M^{me} Z..., voulez-vous ?

— Monsieur, me dit-elle sans autre préambule, n'est-ce point vous qui avez récemment donné des soins à M^{me} X... ?

— Oui, Madame.

latérales partant du haut du vagin, circonscrivant deux centimètres de tissu en haut, finissant à angle aigu en bas. Il termine par la périnéorrhaphie de L. Tait. Les incisions latérales sont destinées à obtenir une rétraction assez forte du tissu conjonctif des ligaments larges, lesquels ont été allongés par le prolapsus. Par cette rétraction du tissu conjonctif, le vagin est resserré transversalement, de façon que les parois antérieure et postérieure s'approchent l'une de l'autre comme à l'état normal.

L'auteur a opéré 22 cas par ce procédé et aurait obtenu de bons résultats dans tous les cas, constatés même après des années.

A l'amputation élevée du col, précédée de la ligature de la base des ligaments larges, Follet, de Lille¹, ajoute la dissection des deux tiers supérieurs des parois vaginales non suivies de réunion et abandonnées à la cicatrisation par seconde intention et termine par une colpoperinéorrhaphie d'après le procédé de Doléris.

Après quelques semaines de repos au lit, les tissus cruentés auront complètement disparu ; la plaie opératoire s'est resserrée, tandis que la muqueuse vulvaire et les 2 ou 3 centimètres de muqueuse vaginale attenante se déplissent et sont attirés en haut vers le moignon d'utérus qui vient à leur rencontre.

M. Chaput², dans un important mémoire, discute les indications de l'hystérectomie totale appliquée à la cure du prolapsus et, en résumé, conseille de se contenter de l'extirpation supra-vagi-

1. LAMAUD. Thèse de Lille, 13 février 1896.

2. BULLET. Soc. chir., 31 janvier.

— Elle avait une affection de matrice très grave, n'est-ce pas ! Elle a tant souffert la pauvre femme ! Elle a traîné si longtemps de médecin en médecin ! Et vous l'avez si bien guérie ! Elle est si heureuse !

La vérité est que M^{me} X... avait une simple vaginite dont je l'avais, en effet, débarrassée. Oh ! sans grande difficulté, allez ! Seulement, avant de venir chez moi ou chez tout autre, M^{me} X... avait été, trois années durant, échouer chez tous les charlatans connus ; traitée, Dieu sait comme, par trois ou quatre accoucheuses, et finalement entreprise, après un minutieux examen au spéculum, par un pharmacien dont je tairai le nom pour

ne pas encourir les reproches du parquet.

Enfin, ma nouvelle cliente, qui ignorait tout cela, me dit qu'elle avait une métrite, qu'elle avait été traitée à Liège par des médecins des plus sérieux ; qu'elle venait actuellement habiter Bruxelles, et que sur la recommandation de son amie elle se confiait à moi, convaincue qu'elle serait bientôt délivrée de ses tourments.

C'était très bien ; mais je crus toutefois devoir prévenir mon interlocutrice qu'il ne m'était pas possible, comme cela, de prime abord, de partager l'absolue certitude qu'elle émettait avec une si chaleureuse conviction.

nale élevée du col utérin, avec résection large du vagin et colporaphie antérieure et postérieure. Il considère cette opération comme plus bénigne et tout aussi efficace que l'hystérectomie totale.

C. L'hystérectomie pratiquée de parti pris dans la cure du prolapsus n'avait guère été exécutée en France jusqu'à ces dernières années; Richelot (25 juillet 1886), Terrillon (1889), Goullioud (1891), Pozzi (1891-92), Quenu (1892), Segond, Lejars (1893), sont les premiers opérateurs qui aient fait cette variété d'hystérectomie. Mais la question n'a vraiment été mise au point que depuis l'importante discussion de la Société de chirurgie provoquée par la très intéressante communication de Quenu (20 décembre 1893). Un autre travail de la plus haute valeur, publié par R. Ash, assistant de Fritsch¹, de Breslau, nous avait initiés à la pratique étrangère.

Il est résultat de toutes les discussions qu'en dehors de lésion avérée de l'utérus ou des annexes, l'hystérectomie ne devait être proposée que chez la femme ayant dépassé la ménopause ou en étant assez rapprochée pour que la conception soit peu vraisemblable.

Un fait a aussi été acquis dès le début, à savoir que *seule*, c'est-à-dire non associée aux opérations plastiques exécutées sur le vagin, l'hystérectomie n'est pas suivie d'un résultat thérapeutique utile; on la voit suivie à courte échéance du prolapsus vaginal, auquel elle n'a en rien remédié et sur lequel elle ne peut avoir aucune action. Il a donc été admis qu'il était absolument nécessaire

1. Arch. f. Gyn.. Bd. XXXI, 1893.

Alors je l'interrogeai. Elle me narra tout ce qu'elle ressentait, tout ce qu'elle éprouvait, minutieusement, d'une façon claire et intelligente.

On eût dit d'un manuel de gynécologie à l'article endométrite. Ce qui l'exaspérait surtout c'était les hémorragies : des règles surabondantes, des coulées énormes de sang qui duraient huit jours et revenaient avec une fréquence désespérante tous les quinze jours, au plus tard au bout de trois semaines.

— Voyez-vous, docteur, hier cela a cessé; j'étais indisposée depuis une longue semaine; qui sait si j'aurai seulement huit jours de repos! Cependant, en dehors du sang, tout autre écoulement est peu abondant.

J'avais par hasard un spéculum sur moi. J'examinai M^{me} Z... séance tenante. Il y avait en effet un peu de perte blanche, le col était assez large, légèrement entr'ouvert. A la palpation le corps semblait un peu augmenté de volume, et sur toute la région utérine et ovarique la pression était fort douloureuse. (C'est du moins ce que m'affirmait M^{me} Z...).

Tout ceci était donc d'accord avec les renseignements qui m'avaient été donnés. Mais le cathétérisme seul pouvait m'éclairer plus complètement sur l'état interne de l'organe malade, et sur son réel changement de volume.

Aussi lorsqu'on me questionna sur le résultat de mon examen et sur le

de faire suivre l'hystérectomie des opérations plastiques vaginales. Même, et en allant plus loin, Pozzi ¹ écrit dans ses conclusions : « L'hystérectomie vaginale peut devenir nécessaire pour permettre la reconstitution du périnée dans le prolapsus génital complet. Pour être efficace, elle devra être accompagnée de la résection d'un large segment du vagin et suivie de la restauration du périnée. »

Les indications de l'hystérectomie ont été très nettement posées par les divers opérateurs. Pour Quenu, c'est une bonne opération « contre le prolapsus total, chez une femme ayant atteint la ménopause, principalement quand il s'agit de femmes dont la condition sociale nécessite une vie active, *spécialement lorsque l'état du périnée et du vagin ne laisse aucun doute sur la possibilité de restaurer utilement l'appareil de soutènement* ». Pozzi pense qu'il ne peut s'agir d'hystérectomie que si les parties à réduire, c'est-à-dire l'utérus et les parois vaginales, ont acquis un tel volume que, comme dans les anciennes hernies, elles *ont perdu droit de domicile*, « lorsqu'on trouvera, par la palpation et le cathétérisme, l'utérus allongé de telle sorte que la réduction portera un obstacle évident au succès de la reconstitution du périnée. En pareil cas, le vagin éversé a aussi pris des dimensions exagérées, si bien que les mêmes raisons existent pour en supprimer un segment ; l'hystérectomie vaginale doit donc être alors, dans toute l'acception étymologique du mot, une *colpo-hystérectomie* ».

1. Soc. de chirurgie et *Annales de gynéc. et d'obstét.*, 1891.

pronostic qui devait le suivre, je répondis que j'avais encore quelque chose à faire, que je ne pouvais rien affirmer maintenant, et que je revien-
drais le lendemain.

— Comment, docteur, la servante ne vous avait donc pas dit d'apporter tous vos instruments ?

— Non, madame.

— C'est bien regrettable, j'aurais préféré en finir tout de suite.

L'après-midi, j'eus la visite de M. Z...

Il voulait être renseigné sur l'état de sa femme.

Je remis la réponse au lendemain.

Jusqu'ici rien de bien extraordinaire n'est-ce pas ?

Oui ; mais, c'est le dénouement auquel vous ne vous attendez pas.

Ce dénouement. le voici :

Le soir même, je recevais la visite d'une autre dame aussi inconnue que la première.

Et voilà ce qu'elle me dit :

« Monsieur, je n'ai pas l'honneur de vous connaître, mais je crois qu'il est de mon devoir de vous éviter une aventure dont vous seriez involontairement le complice, et qui vous serait très désagréable, j'en suis sûr.

« Sachez qu'il n'y a pas un mot de vrai dans tout ce que vous a conté M^{me} Z... ! Les hémorragies ne doivent pas la gêner beaucoup, car elle n'a plus eu ses règles depuis deux mois, étant enceinte. Tous les symptômes qu'elle vous a si bien décrits, c'est une leçon apprise par cœur. Et

De même, à la clinique de Léopold, de Dresde ¹, l'hystérectomie est pratiquée :

1° Quand les souffrances provoquées par le prolapsus sont très considérables et que les autres modes de traitement ont échoué ;

2° Dans l'atrophie sénile de la muqueuse vaginale, ou au contraire dans l'hypertrophie excessive, cas où les opérations plastiques échouent ;

3° Dans le relâchement excessif de l'appareil ligamenteux de l'utérus ; quand la réduction de l'organe est suivie immédiatement d'un nouveau prolapsus sous l'action de la pression abdominale ;

4° Dans les prolapsus irréductibles par suite de l'hypertrophie utérine ou d'adhérences pelviennes ;

5° Quand il y a une complication de fibromes, de cancer, etc.

J'ajoute aussi comme indication le cas où l'utérus, petit, atrophié, est complètement sorti de la vulve, entouré de tous côtés par un prolapsus vaginal total. Il faut admettre alors une telle distension des ligaments utérins qu'on ne peut rien espérer de leur action ultérieure.

Les contre-indications sont tirées du jeune âge relatif des malades, éloignées de la ménopause, et surtout de la débilité sénile, de la déchéance vitale résultant d'une lésion organique du cœur, des poumons, des reins ou de toute autre cause (Pozzi).

Les difficultés et la gravité opératoires sont en effet assez considérables ; la dissection de la vessie peut être pénible ; les hémorragies peuvent être abondantes et dangereuses ; sur 55 cas, Hart-

1. WOFF Soc. des médec. russes, Moscou, 9 décembre 1894.

croyez qu'elle la sait bien, car chaque fois qu'elle use de ce stratagème, elle arrive toujours à se faire sonder et par conséquent avorter par le médecin, dont la bonne foi doit fatalement se laisser surprendre. Cela lui a réussi à trois reprises différentes ; et vous eussiez été en bonne compagnie, car un professeur d'une de nos universités a été dupe comme les deux autres. Je suis au courant de la chose, mais cette fois je ne puis me résigner à taire ce que je considère comme une obligation de vous dévoiler ! »

Eh bien, n'est-ce pas que le dénouement est peu banal ?

Ah ! on en apprend tous les jours !

Je crois inutile de faire suivre ceci de réflexions. Je n'ai plus revu M^{me} Z..., évidemment. Un moment je l'ai regretté. Car enfin cette brave femme qui est venue me prévenir m'en avait peut-être fait accroire ? Eh bien non ! Par le plus grand des hasards, j'ai appris, il y a quelque temps, que sept mois après cette aventure M^{me} Z... avait mis au monde un garçon fort bien construit et parfaitement à terme.

Voilà encore un truc débiné, madame !

C'était bien imaginé, cependant !

On en trouvera d'autres.

PARACELSE.

mann et du Bouchet¹ relèvent 5 cas de mort, 2 par péritonite, 1 par pyélo-néphrite, 1 par choc, 1 par paralysie cardiaque. Le nombre aujourd'hui des décès est certainement plus considérable.

La technique opératoire diffère en plusieurs points de la technique de l'hystérectomie vaginale appliquée aux autres lésions de l'utérus ou aux affections des annexes :

1° La nécessité d'obtenir une réunion immédiate pour les parois vaginales supprime la possibilité de l'emploi des pinces à demeure et exige celui des ligatures ;

2° On a cherché à obtenir, entre la partie supérieure du vagin et les parties sus-jacentes, des adhérences solides capables de former un dôme résistant ou à créer, à l'aide des ligaments, une large sangle sur laquelle viendrait se perdre la pression abdominale ;

3° On a combiné dans un même temps l'hystérectomie avec de larges résections de segments du vagin.

Martin, de Berlin, ferme le péritoine et suture les ligaments larges de manière que leur surface cruentée fasse saillie dans le vagin ; Czempin conseille aussi de pendre le vagin aux moignons des ligaments larges coupés le plus loin possible de l'utérus.

Beverley Mac Monagle, de San Francisco, suture les ligaments larges l'un à l'autre, afin de fermer le péritoine et de fournir à la partie supérieure du vagin un point d'attache aussi solide que possible. M. Quenu a préconisé la même pratique ; il réunit l'un à l'autre les deux moignons des ligaments larges, de manière à faire une sorte d'écharpe, de sangle qui soutienne les efforts abdominaux. *Pour être efficace, il faut que l'hystérectomie vaginale soit une véritable colpexie* (Quenu).

Pozzi ne croit pas nécessaire de pratiquer une fixation ou une suspension du fond du vagin en le suturant aux ligaments larges réunis : « Le processus normal de la cicatrisation après l'hystérectomie amène la formation d'une cicatrice ombiliquée où se trouvent soudés les moignons des ligaments larges, le péritoine et le vagin, sans le secours d'aucun artifice opératoire. »

La manœuvre la plus importante consiste à combiner l'hystérectomie avec une large résection vaginale ; cette combinaison est réalisée par le procédé de Fritsch, décrit par R. Ash. Nous en empruntons la description au mémoire de Hartmann et du Bouchet². La malade étant placée dans la position dorso-sacrée, on place une

1. *Ann. de gynéc. et d'obstét.*, 1894.

2. *Ann. de gynéc.*, 1894, p. 69.

pince de Museux sur le col qu'on tire fortement en haut et en avant; on fait une première incision en forme de V à sommet postérieur, répondant à l'union du tiers postérieur du vagin avec les deux tiers antérieurs de la paroi vaginale postérieure. On ouvre de suite le cul-de-sac de Douglas et l'on suture le péritoine à la lèvre postérieure de l'incision. Il est alors très facile d'attirer le fond de l'utérus dans la plaie. Une éponge montée étant placée dans le cul-de-sac péritonéal pour empêcher l'intestin de sortir, on fait la ligature par étages des ligaments larges, en commençant par le haut. On enlève simultanément les annexes, si c'est possible. Il ne reste plus qu'à détacher la vessie et à réséquer la paroi vaginale antérieure.

Le col étant fortement attiré en bas, on fait sur le vagin une incision en U à convexité répondant à l'urèthre, puis on détache la muqueuse depuis celui-ci jusqu'au col; ce qui se fait en partie avec les doigts, en partie au bistouri. Ce temps est quelquefois rendu difficile spécialement lorsque des colporrhagies antérieures obligent à travailler en plein tissu cicatriciel. Une fois arrivé au col, on peut s'aider avantageusement dans le détachement de la vessie en opérant de haut en bas, c'est-à-dire par le cul-de-sac vésico-utérin. Si l'adhérence à la vessie était trop grande, on inciserait à travers le muscle utérin.

L'utérus enlevé avec les deux grands lambeaux de muqueuse vaginale, antérieure et postérieure y attenants, on réunira transversalement les deux lèvres résultant de la résection de la paroi vaginale antérieure; puis, après avoir réduit la vessie, on recouvre celle-ci avec le péritoine vésico-utérin qu'on suture à la muqueuse vaginale. Les moignons des ligaments larges sont suturés au vagin de chaque côté. De cette manière, le peu qui reste de vagin est attiré en haut par le péritoine et surtout par les moignons des ligaments larges.

Pozzi¹ a fait subir à ce procédé d'assez notables modifications; il commence par circonscrire au bistouri un grand lambeau triangulaire sur la paroi vaginale antérieure: son sommet répond au voisinage du méat urinaire et en est distant de 2 à 3 centimètres au plus. La base du triangle comprend dans son écartement le col utérin dont il longe les côtés. Un petit lambeau triangulaire analogue est dessiné au bistouri sur la paroi postérieure; ces deux triangles inégaux se confondent par leur base et forment par leur ensemble un losange allongé d'avant en arrière.

1. *Annales de gynéc.*, 1894, p. 201.

Il dissèque alors aux ciseaux les deux lambeaux de la muqueuse du vagin. Pour faciliter ce temps, il faut placer une sonde d'homme dans la vessie et en promener le bec sous l'endroit qu'on dissèque. Il faut également bien tendre les parties à l'aide de pinces tire-balles fixées sur les limites du champ opératoire. Lorsque les deux lambeaux vaginaux sont disséqués et pendent en avant et en arrière du col, on se trouve dans les conditions de l'hystérectomie ordinaire, avec cette différence que la vessie affecte ici des rapports plus intimes et plus étendus avec le col de l'utérus élongé. Il dissèque aux ciseaux la vessie et, à mesure que le col utérin devient libre, il l'incise de bas en haut sur sa face antérieure et fixe les pinces sur la tranche de l'incision, de façon à abaisser de plus en plus l'organe. On peut ainsi arriver, dans certains cas, jusqu'au cul-de-sac vésico-utérin. Mais si l'on éprouve trop de difficultés, on doit renoncer à l'atteindre d'emblée et passer immédiatement au temps suivant. Celui-ci consiste dans l'ouverture du cul-de-sac de Douglas avec les ciseaux. Par cette ouverture on peut alors recourber les doigts en crochet par delà l'utérus et, grâce à cette manœuvre, déprimer le cul-de-sac vésico-utérin et parvenir à l'inciser. L'utérus étant ainsi complètement dégagé sur ses deux faces, on procède à la ligature des ligaments larges avec des fils de soie et à leur incision. On place d'abord un fil de chaque côté et à la partie inférieure des ligaments larges. On parvient ainsi à dégager suffisamment l'utérus pour pouvoir saisir sa face postérieure et le faire basculer d'avant en arrière pour achever de lier les ligaments larges de leur sommet à leur base.

Aucune manœuvre spéciale n'est nécessaire pour fixer le fond du vagin aux moignons des ligaments larges ; le processus cicatriciel se chargera de ce soin.

Reste à réunir la large plaie vaginale qui laisse à découvert une grande partie de la surface de la vessie. En avant, cette réunion est faite au catgut, à l'aide d'une suture continue à trois plans superposés. En arrière, on place simplement quelques points séparés de suture au catgut de manière à réunir la plaie qui résulte de l'ablation du petit lambeau vaginal postérieur.

Avant de les serrer, on introduit une mèche de gaze iodoformée au niveau de l'espace qu'occupait l'utérus enlevé.

Enfin, dans un dernier temps, on pratique une périnéorrhaphie par dédoublement selon le procédé de Lawson Tait « C'est là, je le répète, le point capital de l'opération, quoique par son peu de

durée et sa facilité relative il paraisse n'être qu'accessoire¹. »

Tout récemment, M. Jacobs, de Bruxelles², découragé par les mauvais résultats fournis par les opérations plastiques et l'hystérectomie vaginale, suivie de la colpostricture, a imaginé une nouvelle opération pour la cure du prolapsus génital total, à laquelle il donne le nom de *Trachélopexie ligamentaire*. Cette opération comprend : 1° une coélotomie ; 2° l'ablation de l'utérus ; 3° la trachélopexie proprement dite.

L'importance de cette opération, sa gravité possible entre des mains moins habiles que celles de son auteur, l'incertitude actuelle des résultats éloignés, nous obligent encore aujourd'hui à une grande réserve dans l'appréciation de cette nouvelle opération.

Il serait intéressant de pouvoir fournir une statistique des résultats fournis par les diverses méthodes et procédés opératoires. Malheureusement, il est impossible d'établir cette statistique d'une façon rigoureuse ; les cas sont trop différents les uns des autres pour que les chiffres puissent être considérés comme ayant une grande valeur. Il est trompeur de faire entrer dans le même compte les résultats fournis par les opérations dirigées contre le prolapsus complet et par celles qui ne s'adressent qu'aux prolapsus au premier ou au deuxième degré ; et cependant, dans les statistiques, il n'est pas fait mention de ces distinctions.

Je donnerai pourtant quelques chiffres qui peuvent donner une idée générale des résultats obtenus.

1° *Opérations plastiques*. Martin (Traité de gynécologie, 1893) accuse d'excellents résultats obtenus soit par son procédé, soit par le procédé d'Hegar dans 85 pour 100 des cas. Landfried³, sur 60 cas opérés soit par le procédé d'Hégar, soit par les opérations de la colporraphie antérieure, de l'excision conique du col et de la colpoperinéorraphie, exécutées dans une même séance, rapporte 47 guérisons et 13 récurrences survenues après un temps plus ou moins long.

Dans une statistique importante d'opérations plastiques sur le vagin pratiquées à la clinique de Dresde, Munchmeyer⁴, sur 180 femmes représentant 182 opérations, a pu observer les résultats éloignés sur 73 sujets et avoir des nouvelles de 66 autres. Sur 141 opérations portant sur la paroi vaginale antérieure seule, il compte 10 succès ; sur 55 portant sur la paroi postérieure seule, 46 guéri-

1. Pozzi, p. 202.

2. *Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. I, 115, juin 1890.

3. *Th. de Heidelberg*, 1891.

4. *Centralb. f. Gyn.* 1892, p. 241.

sons ; dans les opérations ayant porté à la fois sur les parois antérieure et postérieure, sur 50 cas opérés en *un seul* temps, il compte 40 guérisons ; sur 20 cas opérés en deux temps 17 guérisons. Les malades sont tenues au lit le plus possible, 24 jours en moyenne pour la colporraphie antérieure, 25 jours pour la postérieure ; 48 jours quand l'opération est faite en deux temps.

Niebergall¹, étudiant les opérations pratiquées à la clinique gynécologique de Bâle pour prolapsus de l'utérus, a rassemblé 50 cas de prolapsus traités par la colporraphie antérieure *double*, 60 cas par la colporraphie antérieure *simple* ; dans presque tous les cas, la colporraphie a été précédée d'une amputation du col. De toutes ces opérées, 70 pour 100 à peu près ont été revues. La colporraphie *double* antérieure a donné 29 guérisons sur 34 opérées, soit 85,29 pour 100 ; la colporraphie antérieure simple n'a donné que 28 guérisons sur 36 opérées, soit 77,77 pour 100 ; la moyenne des guérisons pour les deux procédés ensemble est donc de 81,5 pour 100 pour les cas revus.

J'ai moi-même, jusqu'au 1^{er} janvier 1896, exécuté :

231 opérations plastiques sur le vagin et le périnée ;

22 périnéorrhaphies pour déchirure complète du périnée ;

20 colpopérinéorrhaphies avec amputation élevée du col ;

58 colporraphies antérieures et colpopérinéorrhaphies dans la même séance ;

131 colpopérinéorrhaphies.

Sans pouvoir donner les chiffres exacts des résultats, un grand nombre de malades ne pouvant être suivies et, les suites éloignées nous faisant souvent défaut, je puis, d'après ce nombre d'opérations personnelles, fournir quelques considérations thérapeutiques intéressantes.

Les meilleurs résultats sont fournis par la réparation des déchirures *complètes* du périnée, alors même qu'elles s'accompagnent de rectocèle et de cystocèle accentuées. L'apparente contradiction de ces faits trouve son explication dans ces circonstances que : 1^o les femmes atteintes de déchirure complète et tourmentées par les graves inconvénients qui en résultent se font en général opérer avant que le prolapsus vaginal et utérin ait eu le temps de se produire ou de se prononcer ; 2^o que beaucoup de femmes à déchirures complètes ont des tissus solides et résistants qui permettent aux organes de rester en place, malgré la brèche périnéale.

Il y a moins de tendance au prolapsus chez une femme solide

1. Thèse de Bâle, 1895.

dont le périnée a été complètement déchiré par une tête trop volumineuse ou une application malheureuse de forceps, que chez une femme à tissus flasques, dont les parois vaginales se sont laissé distendre outre mesure, ont subi une mauvaise involution et ne sont pas revenues sur elles-mêmes. Comme je l'ai déjà dit, il y a dans ces cas une véritable *dystrophie* des tissus ; et malgré la similitude des lésions, le prolapsus ne se produira pas fatalement chez toutes les femmes, et comme je le dis quelquefois sous une forme un peu humoristique, « n'a pas un prolapsus qui veut ».

Les meilleurs résultats sont ensuite fournis par les opérations plastiques combinées avec les amputations élevées du col, bien qu'il s'agisse dans ces cas de prolapsus très avancés ou complets. La cicatrice qui succède à l'ablation de 4 à 5 centimètres du col et la rétraction qui se produit dans le tissu péri-utérin maintient l'utérus d'une façon très solide et, dans ces cas, s'il y a une tendance à la récurrence, je ne l'ai jamais vue se produire pour l'utérus ; c'est la paroi vaginale antérieure ou postérieure qui se prolabe de nouveau plus ou moins, sans pouvoir arriver à faire redescendre l'utérus. Ce sont ces cas de prolapsus avancé traités par les opérations combinées sur l'utérus et le vagin qui donnent la moyenne la plus élevée de résultats définitifs.

Pour la colporrhaphie antérieure et postérieure et les colpoperinéorrhaphies, les succès éloignés, suffisants au point de vue fonctionnel, peuvent être estimés à 90 pour 100. Il est nécessaire de remarquer que les malades sont tout à fait soulagées et peuvent se livrer à leurs occupations, après une bonne restauration des parois vaginales, alors même que l'utérus reste encore légèrement abaissé. J'ai déjà signalé le même fait pour la rétro-déviations utérine ; dans quelques cas, tous les troubles disparaissent après une bonne colpoperinéorrhaphie, alors même que l'utérus conserve sa mauvaise attitude.

Au point de vue de la forme extérieure, c'est-à-dire de la reconstitution de la hauteur totale du périnée, de la fourchette, de l'absence complète d'une légère saillie de la paroi antérieure au moment de l'effort, on peut évaluer les résultats définitifs à 75 à 80 pour 100. Mais il est important de faire remarquer que malgré ces imperfections de la forme, le résultat utile est atteint lorsque les parois vaginales sont en contact derrière le périnée. Ces imperfections tiennent soit à un mauvais détail de technique, au défaut de hauteur dans l'avivement latéral, soit à une mauvaise réunion de la suture, soit à sa désunion dans les quelques jours qui succèdent à l'ablation des fils.

2° *Hystéropexie ; vagino-fixation.* — Raühüt (*Dissert. inaugur.* Halle, 1895), sur 55 hystéropexies pratiquées par différents opérateurs contre des prolapsus utéro-vaginaux, relève 3 morts, c'est-à-dire 5,4 pour 100. Sur 50 cas revus, on a observé :

Récidives.	19 0/0
Améliorations	15 0/0
Guérisons.	60 0/0

En cas de récurrence, c'est la paroi vaginale antérieure qui descend à nouveau, alors même que l'utérus reste élevé et fixé.

Il n'est guère possible de juger encore des résultats fournis par la *vagino-fixation* de Dührssen-Mackenrodt, appliquée au traitement du prolapsus. Fehling l'a pratiquée 11 fois dans des cas graves ; il a pu se convaincre que l'opération était longue et laborieuse, s'accompagnait d'une perte de sang abondante et ne pouvait être terminée que par une colporraphie antérieure simple, et une périnéorrhaphie antérieure double étant rendue impossible par les manœuvres préalables.

3° *Hystérectomie.* Dans ce même travail, Raühüt a rassemblé 137 cas d'extirpation totale de l'utérus contre le prolapsus, avec 14 morts, soit 10 pour 100 de mortalité et les résultats suivants :

Récidives.	8,8 0/0 des cas.
Amélioration notable . .	15,8 0/0 —
Guérison complète. . .	77,4 0/0 —

REVUE DE LA PRESSE

Hématocèle rétro-utérine ; incision vaginale. Péritonite mortelle ; action des injections hypodermiques de sérum artificiel.

Communication par M. CERNÉ.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous communiquer succinctement une observation intéressante à plus d'un titre, et qui tire une partie de son intérêt d'une discussion pendante à la Société de chirurgie.

Comme tous les chirurgiens, j'ai eu l'occasion d'intervenir dans un certain nombre de cas d'hématocèle rétro-utérine, et j'ai toujours pratiqué jusqu'ici l'incision vaginale qui, par sa simplicité, la facilité donnée au drainage, la bénignité opératoire, me paraissait primer la laparotomie. Une fois ou deux, j'ai bien observé des femmes qui ont continué assez longtemps à souffrir ; je n'en avais pas vu, cependant, qui n'aient pas retiré finalement le plus grand bénéfice de l'intervention.

Mais, tout dernièrement, je viens d'éprouver un désastre inattendu

qui est bien de nature à provoquer certaines hésitations sur le meilleur *modus faciendi*.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, qui est adressée à l'Hôtel-Dieu de Rouen le 1^{er} février. Il y a un mois, après six semaines de grossesse probable, cette femme est prise d'accidents d'hématocèle qui, avec des intervalles variables, se répètent à plusieurs reprises. Son médecin habituel, le D^r Lemaire, du Tréport, lui fait, pour la soulager, deux ponctions vaginales suivies d'augmentations notables. A son arrivée, la tumeur occupe toute la partie sous-ombilicale de l'abdomen et remonte même à gauche jusqu'aux fausses côtes. J'eus bien la tentation de faire une laparotomie, mais l'état médiocre où elle se trouvait me fit ici encore choisir la voie vaginale comme plus bénigne.

L'opération ne présenta rien de particulier, sauf sa longueur, nécessitée par l'évacuation d'une masse énorme de caillots, et par conséquent d'assez nombreuses manipulations de la paroi abdominale, mais elle se passa bien; aussi, grand fut mon étonnement lorsque le lendemain j'appris que la nuit avait été très mauvaise et que je constatai tous les signes d'une péritonite infectieuse aiguë des plus graves.

Je n'osai pas, vu l'état général, tenter une laparotomie, à tort peut-être, car ma malade ne succomba, grâce sans doute au traitement dont je parlerai tout à l'heure, que le 6^e jour après l'opération.

A l'autopsie, je constatai une péritonite purulente tellement développée, que je n'en ai jamais vu de semblable après une opération, et je pus trouver la cause des accidents, cause que j'avais signalée comme me paraissant la seule possible. A droite était la trompe, rompue et renfermant des fragments de placenta; à gauche était une trompe kystique, point de départ évident des accidents infectieux. Non-seulement la poche hématique ne contenait pas de pus (j'avais d'ailleurs enlevé le 4^e jour une mèche de gaze iodoformée absolument propre); mais le liquide de la poche et celui de la péritonite, absolument différents d'aspect, n'avaient subi aucun mélange.

Tel est le fait; il vient clairement à l'appui de l'assertion de M. Terrier, disant que ces malades ont un passé génital impliquant l'utilité de voir leurs annexes, et susceptible de donner à l'occasion une catastrophe opératoire. Ce passé génital explique aussi et corrobore la théorie de Bernutz, que j'ai eu moi-même l'occasion d'exposer en 1881, d'après laquelle l'hématocèle se ferait dans un foyer de pelvi-péritonite ancienne; c'est le cas le plus fréquent, même lorsqu'il s'agit, comme on doit l'admettre presque toujours maintenant, d'une grossesse tubaire rompue, cette grossesse extra-utérine étant précisément elle-même sous la dépendance de lésions annexielles.

Est-ce à dire qu'un fait comme le mien condamne l'incision vaginale? Je n'oserais aller aussi loin. Mais il impose au moins des réserves, et je crois que dans les cas de grande poche, où le détachement des caillots étant difficile, il faut nécessairement immobiliser la paroi abdominale,

et par conséquent la manipuler; où l'ablation d'une trompe malade, sa constatation même, peuvent être impossibles par le vagin, la laparotomie donnerait, malgré les apparences contraires, plus de sécurité.

Mais, j'ai maintenant à aborder un second point des plus intéressants de mon observation.

J'ai dit que ma malade, contre toute attente, avait résisté cinq jours pleins, que la péritonite avait à l'autopsie un développement extraordinaire, j'ajouterai aussi que la température, après avoir atteint 39° le second jour, avait baissé, non point à la façon des infections qui donnent même de l'hypothermie, mais graduellement, comme une inflammation qui diminue.

Je crois que cette tendance vers la guérison est due aux injections de sérum artificiel. J'ai injecté à cette malade 7 litres de sérum. Pendant l'opération, d'abord, j'avais injecté un litre sous la peau de l'abdomen avec une facilité merveilleuse et en très peu de temps, tout simplement avec un flacon à tubulure inférieure et un fin trocart de l'appareil Potain. Le poulx était aussi bon à la fin de l'opération qu'au commencement.

Quand les accidents se furent déclarés, je renouvelai cette injection sous-cutanée jusqu'à deux fois par jour, sans la moindre douleur, le moindre accident, sans même que la peau fût distendue. Ce fait m'a paru important à signaler, car il tend à faire regarder les injections intra-veineuses comme exceptionnellement indiquées.

Il suffit d'enfoncer l'aiguille dans la couche la plus profonde du tissu cellulaire sous-cutané et d'utiliser la pression douce due à une différence de niveau de 60 à 80 centimètres. L'importance du placement de l'aiguille m'a été démontrée par un autre cas, où la ponction ayant été faite par un de mes élèves, il se forma aussitôt une boule d'œdème considérable. Aussitôt que le trocart eût été réintroduit plus profondément, l'injection se fit régulièrement et sans formation de boule d'œdème.

NOUVELLES

UNIVERSITÉ ROYALE D'IRELAND. — L'Université royale d'Ireland, dans sa dernière réunion, a conféré au D^r Thomas More Madden le titre de : « Master of obstetrics, ad honoris causa ». La valeur du D^r More Madden comme accoucheur est bien connue; il est l'auteur d'un traité de clinique gynécologique et d'autres travaux médicaux très importants. Il a été président de la Section d'obstétrique de l'Académie de Médecine et vice-président of the British gynecological society.

Influence de l'hérédité sur la fréquence du cancer en Normandie. — On sait que le cancer, notamment celui de l'estomac, est fréquent en Normandie. M. le D^r Rebulet, dans l'espace de 8 ans, a observé

106 cas de cancer sur une clientèle de 3,500 âmes. L'enquête à laquelle il s'est livré, lui permet de rejeter l'idée de contagion, et d'admettre au contraire, le rôle prépondérant de l'hérédité. Dans les villages où il a constaté ces cas de cancer, la fréquence des mariages consanguins est telle, qu'il n'y existe que quatre ou cinq noms.

La consanguinité a pour effet d'exalter dans la descendance les tares morbides des producteurs ; dans l'espèce l'hérédité cancéreuse devient fatale.

♦ **Les aliénés et la bicyclette.** — Une nouvelle application thérapeutique de la bicyclette.

Les aliénés de Kalhmazov, Michigan, ont été munis de bicyclettes, et, depuis l'introduction du « pneu » dans le traitement des diverses formes d'aliénation mentale, on a noté les meilleurs résultats et une amélioration remarquable d'un grand nombre de malades.

Nous avons fait du chemin depuis Pinel.

Hôpitaux de Paris. — MUTATIONS DANS LES SERVICES DE MÉDECINE. — Par suite de la mort inopinée de M. Straus, de nouvelles mutations auront lieu dans les services de médecine des hôpitaux de Paris à la date du 25 décembre.

M. Gingeot va à l'Hôtel-Dieu ; M. Barié à Laënnec ; M. Bécclère à Tenon ; M. Thoinot à Debrousse ; M. Ménétrier à la Maison Dubois.

CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (Médecine). — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Médailles d'or : M. Henri Claude, interne à la Salpêtrière. Médailles d'argent : M. G. Gasne, interne à la Salpêtrière. Mention : M. Zadoc Kahn, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorrhôïdes, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

ANTISEPSIE UTÉRINE. — *Utérostyles.*

Le Propriétaire-Gérant : Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AVIS AUX ABONNÉS

L'administration du Journal a l'honneur de prier MM. les Abonnés de vouloir bien renouveler, sans retard, leur abonnement, s'ils veulent recevoir la Gazette de Gynécologie sans interruption, ou de la prévenir, dans le cas où ils désireraient cesser de recevoir le Journal.

Les abonnements sont reçus sans frais dans tous les bureaux de poste français, et, moyennant une taxe très minime, dans les Colonies françaises.

Les abonnés étrangers peuvent envoyer le montant de leur abonnement en un mandat-poste international ou toute autre valeur, à l'Administrateur du Journal, 12, rue de Châteaudun, Paris, ou faire parvenir la somme de six francs par un libraire-commissionnaire. Les Abonnés russes peuvent nous adresser trois roubles en papier-monnaie.

FEUILLETON

L'homme vaut par sa main

Depuis Galien, anatomistes et philosophes ont célébré, en phrases enthousiastes, la main de l'homme, la regardant comme la principale, sinon la seule cause de sa supériorité.

Tel était, au dernier siècle, l'avis d'Helvétius, et Cruveilhier, il y a quelque 50 ans, considérait cet organe comme « un véritable chef-d'œuvre de mécanique » que quelques philosophes de l'antiquité ont regardé comme le caractère physique diffé-

rentiel de l'espèce humaine et même, ce qu'on a peine à croire, comme la source de la supériorité intellectuelle de l'homme ⁽¹⁾.

Ce que Cruveilhier avait de la peine à croire était regardé comme absolument impossible par les philosophes théoriciens de ce siècle.

Dally ⁽²⁾, bien qu'anthropologiste, s'est fait leur écho en prétendant « qu'il est superflu de faire observer que les œuvres de la main ne tirent leur importance que des relations de

(1). CRUVEILHIER. Traité d'anatomie descriptive, cinquième édition, t. 1, p. 202.

(2). DALLY. Dict. encyc. des sc. méd., art. Main, p. 37 42.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des endométrites chroniques et des salpingites au début par les vapeurs médicamenteuses.

Par le Dr SORDES (de Paris).

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

I. — Tous les systèmes de pansements, dans les endométrites chroniques, n'ont donné jusqu'ici, depuis la découverte si féconde de l'antisepsie, que de médiocres résultats, et ont été, dans bien des cas, suivis d'accidents graves.

II. — En effet, la *dilatation* utérine pratiquée, même au moyen d'instruments perfectionnés, n'est pas exempte d'inconvénients, et, dans bien des cas, elle a provoqué, à elle seule, des annexites, de la péritonite et, quelques fois, la mort.

III. — *Les lavages* sont contre indiqués, même après les curetages ; car ils peuvent entraîner dans la cavité péritonéale les liquides pathogènes contenus dans les trompes.

IV. — *Le drainage* n'a donné que des résultats douteux, dans tous les cas incomplets : la rechute suit de près la fin du traitement. J'en dirai autant des pansements intra-utérins et des crayons.

V. — *Le curettage*, qui devait guérir toutes les affections utérines, n'est plus qu'un procédé palliatif qui soulage, qui retarde la marche en avant, mais qui n'est jamais une méthode curative. Que

cet organe avec le cerveau », et ailleurs : « la main est ce que l'homme en a fait en vertu de sa spontanéité, et on ne peut découvrir qu'après coup, dans sa conformation, la raison préconçue ou finale du développement de l'intellect. »

La science actuelle, en s'astreignant aux faits, a semblé tout d'abord aux amateurs de transcendances devoir toujours rester dans l'étude du contingent et de l'oiseux. Il se trouve qu'en prenant le problème par en bas elle voit actuellement son horizon s'élargir, et il lui est permis d'appuyer sur des preuves solides la vue géniale des anciens philosophes.

Tout d'abord l'étude des mains de l'homme et des singes anthropoïdes a révélé en quoi la première était supérieure.

Le singe ne sait pas opposer le pouce à ses autres doigts. Le pouce n'a chez lui que peu de force. Aussi prend-il l'objet entre les quatre doigts fléchis et la paume de la main, comme ferait un homme atteint de paralysie saturnine. S'il prend entre le pouce et l'index, c'est en appliquant celui-ci sur le bord de l'autre.

A ces différences physiologiques en correspondent d'anatomiques.

Chez l'homme, les doigts subissent une courbure latérale, comme je l'ai

sont ces avantages auprès des accidents redoutables qui se produisent si souvent ? La perforation, l'atrésie du col, cause prochaine d'une nouvelle endométrite par rétention des liquides utérins, et les complications que l'atrésie fait naître parfois dans les organes voisins, sans parler de la stérilité, qui est parfois la conséquence de ce procédé opératoire. Aussi un courant contraire au curettage, dans tous les pays, succède à l'enthousiasme des premiers jours.

VI. — Tandis que l'endométrite chronique, même compliquée de salpingite au début, est rapidement améliorée et souvent guérie, sans jamais provoquer le moindre accident, par les vapeurs médicamenteuses saturées de résorcine (1/20), faites au moyen d'un appareil spécial que j'ai décrit et composé d'une chaudière, d'un collecteur portant un flacon de 250 grammes contenant la solution de résorcine.

VII. — Un des grands avantages de ce traitement, c'est qu'il ne nécessite qu'une très légère dilatation du canal cervical, ce qui m'a permis jusqu'ici d'éviter tout accident à la suite de cette intervention.

VIII. — Les vapeurs agissent d'abord sur les productions pathologiques (inflammatoires ou microbiennes) de la muqueuse utérine, les atrophient en quelques séances et ramènent la muqueuse à son état normal ; les vapeurs agissent ensuite dans l'épaisseur des parois, coagulent les exsudats dont l'utérus se débarrasse par des contractions qui se traduisent parfois par de légères coliques.

IX. — Le succès de ce traitement est surtout marqué dans les

déjà prouvé dans un travail précédent (1). Le second et le troisième doigt s'incurvent vers le quatrième, le quatrième et le cinquième se courbent vers le troisième.

En effet, quand l'homme veut opposer son pouce, le mouvement d'opposition l'amène naturellement entre le troisième et le quatrième doigt. Si donc le pouce veut s'opposer au quatrième ou au cinquième doigt, ceux-ci ont non seulement à s'abaisser, mais encore, pour rejoindre le pouce, ils doivent s'incliner vers le bord

(1) FÉLIX REGNAULT. Courbure des doigts de la main et mouvement d'opposition, *R. scientif.*, 1894, p. 301.

externe de la main. Au contraire, le second doigt rencontre le pouce en opposition en dedans de son axe. Il faut donc qu'il s'incline vers le troisième doigt.

Chez le singe anthropomorphe les doigts sont longs et droits, car ils n'ont point à faire de mouvements d'opposition.

De plus, les doigts sont fortement palmés, ce qui indique une dépendance plus grande, l'espace interdigital entre le pouce et l'index est moins considérable ; le pouce est petit et très diminué. La main est moins large et plus allongée.

Les sillons de la paume prouvent

cas d'endométrites microbiennes, et, en particulier, dans l'endomé-
trite blénorrhagique, si fréquente de nos jours, et n'est jamais
suivi d'aucune complication.

X. — De l'utérus, les vapeurs antiseptiques et cautérisantes
passent par les trompes, et de là, dans la cavité péritonéale, asep-
tisant sur leur parcours tous les produits pathogènes. Elles amé-
liorent aussi profondément, quand elles ne les guérissent pas
complètement, les annexites qui ne sont pas encore arrivées à la
période de grande suppuration.

XI. — Par conséquent, il n'y a pas lieu, dans les cas que nous
avons eu soin de bien préciser (endométrite chronique et annexites
au début), d'intervenir chirurgicalement, avant d'avoir préalable-
ment soumis les malades à ce traitement.

XII. — Chaque séance doit être suivie d'un pansement osmoti-
que et péri-utérin au moyen du glycéro-pessaire et d'un pansement
antiseptique du vagin.

XIII. — Sur 38 malades atteintes d'endométrites chroniques, et
parfois, de salpingite légère, j'ai eu 7 insuccès, sans complications;
9 succès incertains; 22 guérisons. Sur ce dernier nombre, 12 mala-
des guéries sans avoir éprouvé la moindre rechute.

XIV. — Ces résultats doivent encourager les gynécologues à
appliquer ce nouveau traitement, dans tous les cas où il sera
nettement indiqué. Ils éviteront ainsi les désastres qui sont si sou-
vent, malgré leur habileté, la conséquence des interventions armées.

encore la supériorité de la main hu-
maine.

On en distingue trois sortes :

1° Perpendiculaires à l'axe longitu-
dinal de la main, occasionnés par les
fléchissements des doigts ;

2° Parallèles au long axe de la main,
formés par les adducteurs du pouce ;

3° Enfin, des lignes obliques qui
ordinairement se mêlent aux deux
premières et qui ont pour cause les
mouvements d'opposition du pouce.

Or, ces sillons obliques, très accen-
tués chez l'homme, n'existent pas
chez le gibbon et l'orang qui n'offrent
que des sillons transverses et verti-
caux : Le chimpanzé et le gorille ont

des sillons transverses légèrement
obliques, mais qui le sont bien moins
que ceux de l'homme.

La dissection des muscles marque
encore l'infériorité simienne.

La main de l'anthropoïde possède
tous les muscles humains, mais ils
sont moins distincts les uns des autres,
moins dissociés. Par suite, leur action
n'est pas indépendante.

La fusion du fléchisseur propre du
pouce avec le faisceau du fléchisseur
profond de l'index est la différence la
plus importante. Aucun singe ne pos-
sède comme l'homme un fléchisseur
propre du pouce absolument libre.
De plus, il n'existe pas de muscle ex-

TRAVAUX ANGLAIS

Cancer aigu de l'utérus avec généralisation rapide.

Une femme de 34 ans fut admise dans le service de M. Henri Morris à l'hôpital Middlesex, se plaignant d'un écoulement vaginal, d'une grosseur du sein droit, et d'une ou deux grosseurs très petites mais très douloureuses dans le côté droit du cou. Jusqu'alors elle avait toujours joui d'une bonne santé et avait toujours été bien réglée, excepté dans les derniers temps où les règles avaient été excessives. Elle n'avait pas eu d'enfants, mais plusieurs fois elle avait fait des fausses couches. Aucun antécédent de cancer dans sa famille. Deux mois avant son admission elle commença à éprouver des douleurs sourdes dans les reins qu'elle attribua à un froid, mais bientôt après un écoulement vaginal jaune se montra, puis elle remarqua la tumeur du sein droit; six semaines plus tard le côté droit du cou commença à gonfler et elle s'aperçut qu'elle avait deux ou trois petites grosseurs dans cette région. Depuis sa première apparition la grosseur du sein droit augmenta lentement mais sûrement. L'écoulement vaginal continua sauf quelques rémissions, mais la malade n'y remarqua ni ang ni odeur désagréable.

Lors de son entrée à l'hôpital elle semblait être une personne assez robuste et dans un bon état de santé. A la partie supérieure du sein droit il y avait une tumeur grande comme une noix, dure et d'une forme irrégulière, mais pas douloureuse ni très sensible; la peau qui la couvrait était dans son état naturel et n'était point adhérente. Plus bas, près du bord inférieur et interne du sein, existait une autre tumeur dure,

tenseur propre de l'index et du cinquième doigt, sauf chez le gorille et ordinairement le chimpanzé, et encore ces extenseurs propres sont-ils faibles et peu distincts. Les liaisons entre les tendons des extenseurs sont multiples, ils s'envoient des prolongements, les uns aux autres. Le fléchisseur superficiel envoie un faisceau anastomotique sur le tendon perforant de l'index.

La main du singe est donc moins apte à des mouvements dissociés et délicats et surtout au mouvement d'opposition du pouce.

Chez l'enfant il en est de même. Dans les premiers temps de sa vie, et

jusque vers l'âge de 1 an 1/2, il prend comme le singe entre la paume de la main et les doigts et se sert très peu de son pouce. Peu à peu, par éducation, il perfectionne ses mouvements. Et pourtant sa main a tous les caractères de la main d'adulte, jusqu'aux sillons obliques bien marqués sur une main qui n'a pourtant pas pratiqué les mouvements d'opposition. C'est que si la fonction crée l'organe, l'organe chez le nouveau-né préexiste à la fonction.

Dans cette dernière phrase est inclus tout le problème de l'hérédité.

L'homme a une main différente de celle du singe, parce que ses besoins

grande comme une noisette ; la peau qui la couvrait était pourpre et adhérente. Quatre ou cinq autres grosseurs plus petites furent trouvées dans le sein, toutes apparemment dans le tissu sous-cutané. Sur le sein gauche il y avait un ou deux nodules semblables mais plus petits. Les glandes dans les deux aisselles étaient un peu hypertrophiées. On put aussi sentir quelques petites grosseurs dans le triangle postérieur gauche.

Sur le devant de l'abdomen, il y avait une douzaine de nodules dans le tissu sous-cutané, la plupart de la grandeur d'une petite noisette : celles-ci n'étaient point sensibles ni douloureuses et n'impliquaient pas la peau. Une autre collection de trois ou quatre nodules fut trouvée dans l'espace ilio-costal droit ; ceux-ci étaient plus douloureux que les autres et empêchaient la malade de se coucher sur ce côté. Un examen vaginal démontra un col dur mais parfaitement mobile ; à son extrémité inférieure il y avait un ulcère excavé, dur, avec des bords arrondis, qui apparemment affectait toute l'épaisseur du col et s'étendait dans sa substance aussi haut que l'on pouvait sentir avec le doigt. L'utérus était librement mobile et l'examen ne provoqua aucune hémorrhagie ; pas de ganglions dans l'aîne. La malade se plaignait de douleurs assez vives dans le bas de l'abdomen. L'écoulement vaginal était peu considérable, sans odeur et ne contenait pas de sang.

Pendant les six premiers jours, à l'hôpital on remarqua que les nodules devenaient régulièrement plus grands, ceux du cou étant très douloureux. La malade se plaignit de nausées pour la première fois le 14^e jour et elle vomit plusieurs fois ; vers cette époque on remarqua aussi l'apparition de plusieurs nouveaux nodules dans le sein et sur le devant de l'abdomen.

Treize jours après, la malade ayant eu des vomissements constants

sont différents. Le singe se sert de sa main surtout pour cheminer à travers les arbres, organe de préhension destiné surtout à bien tenir la branche et à pouvoir, avec ce point d'appui, faire un rétablissement : d'où de longs membres supérieurs et une main apte à prendre la branche entre la paume et les doigts fléchis. Les membres supérieurs du singe étaient préposés aux mêmes fonctions que les inférieurs : d'où le nom de quadrumanes que leur avaient donné les zoologistes malgré les profondes différences anatomiques de ces membres.

Quand les conditions du milieu changèrent et que l'anthropoïde se vit

forcé de marcher en plaine pour se procurer sa nourriture, les membres inférieurs s'adaptèrent à la locomotion, et les supérieurs purent se perfectionner. D'où l'excellente définition récemment donnée par M. Mahoudeau¹ :

« Les Hominiens sont des Primates chez lesquels les membres supérieurs, entièrement libérés de toute fonction locomotrice, sont spécialisés comme organe de tact et de préhension et dont la station est verticale et la marche exclusivement bipède. »

1. MAHOUDEAU. La locomotion bipède, *R. mens. de l'école d'anthrop.*, 1896, p. 233.

dans l'intervalle, on s'aperçut qu'elle avait un ictère marqué lequel alla en augmentant ainsi que la croissance et le nombre des nodules et les vomissements.

Un examen vaginal fait sept semaines après l'admission démontra une grosse végétation mollesse du col. Le col faisait saillie en bas un pouce en plus que dans l'état normal et même davantage, il avait 4 ou 5 fois plus que son épaisseur normale et était ulcéré à sa partie postérieure gauche, de sorte qu'il existait dans son bord une entaille en forme de V, assez grande pour admettre le bout du doigt.

Une semaine après, les nodules avaient beaucoup augmenté en quantité et en grandeur, ceux du sein droit étant très douloureux et affreusement sensibles; la malade ne pouvait rester couchée dans aucune position sans souffrir. Une semaine plus tard ils avaient encore augmenté; un grand nombre des nodules du sein droit s'étaient réunis et formaient au centre du sein une masse irrégulière, dure et semblable à une collection de clous.

La distribution générale des nodules était: *Sur la figure*, point. *Au cou*, un au-dessous de chaque oreille et dans chaque région sous-maxillaire; plusieurs dans chaque fosse sus-claviculaire, spécialement à droite. *Dans les aisselles*, très nombreux des deux côtés, mais davantage à droite. *Dans les seins*, très nombreux, le droit étant le plus affecté et ses nodules plus grands; il y avait plusieurs nodules entre les seins. *Abdomen*, 20 ou 30 étaient répandus sur le devant de l'abdomen; ils étaient recouverts par la peau normale et ne montraient pas les capillaires dilatés que l'on voyait dans beaucoup de ceux de la poitrine et du dos. *Sur le dos*, un groupe de 15 vers la chute des reins sur la ligne médiane recouvrant une surface ayant 4 pouces de longueur et 3 pouces de largeur. Au dessus de la *crête iliaque* droite il y avait un groupe de

La récente découverte du pithécantropus nous a, en effet, montré un être dont le cerveau était intermédiaire entre l'homme et l'anthropoïde et qui possédait un fémur humain; il marchait donc, par suite son membre supérieur avait dû se perfectionner, et du coup son cerveau avait grossi et s'était rapproché de celui de l'homme.

Pourquoi, demandera-t-on, une minime modification dans les fonctions du membre supérieur a-t-elle amené une telle supériorité cérébrale? On admet généralement aujourd'hui que notre intelligence ne vaut que par nos sens. Ceux-ci apportent au cerveau les données sur le monde ambiant. Le cer-

veau les coordonne et les relie; plus les données seront nombreuses, mieux elles seront établies et mieux le cerveau pourra en tirer des relations et en faire des idées. Le cerveau ne peut rien par lui-même. L'embryogénie nous montre d'ailleurs qu'il n'est qu'un repli de l'ectoderme, membrane qui est en contact avec le monde extérieur. Il ne peut donc qu'emmagasiner et utiliser les données de nos sens.

Or, les données fournies par les mains sont prépondérantes sur les autres sens. Sans doute il semble que c'est par les yeux que pénètre en nous le monde extérieur. Nous percevons, jugeons et apprécions surtout par la

8 plus petits que les précédents. Il n'y en avait pas dans la même région à gauche. Entre les *omoplates* il y en avait 12 et 4 au-dessus de l'*omoplate* gauche.

10 jours plus tard les vomissements ayant continué, il était presque impossible de décider la malade à prendre de la nourriture, la jaunisse était devenue plus foncée et les nodules continuaient de croître régulièrement, tout mouvement causant des douleurs atroces. La malade devint de plus en plus faible; ceci étant largement dû au manque de nourriture, les symptômes s'aggravèrent et elle mourut en une quinzaine de jours, 83 jours après son admission; la durée totale de la maladie avait été environ de 4 mois.

A l'autopsie on trouva que le corps n'était pas très émacié; de tous les nodules sous-cutanés il n'y en avait qu'un près du nombril dont la croissance s'étendait jusque dans la cavité du péritoine. Dans le *thorax*, il y avait de nombreux nodules de croissance nouvelle dans le médiastin antérieur et le médiastin postérieur et aussi le long de l'aorte et sur le devant de la base du *péricarde* qui contenait environ 60 grammes de serum teinté par de la bile; on en voyait aussi sur son feuillet viscéral, mais il n'y avait pas d'adhérences. Il y avait de nombreux nodules répandus dans le *cœur*. Les *plèvres* contenaient toutes les deux un nodule de croissance nouvelle. Pas de dépôts dans les *poumons* ni dans l'*œsophage*. Le *péritoine* montrait quelques taches blanchâtres de croissance nouvelle; l'*épiploon* et le *mésentère* en contenaient beaucoup. Pas de noyaux dans l'*estomac*, dans le *pylore*, dans le *duodenum*, dans les *intestins*, ni dans le *rectum*. Le *foie* pesait 1830 grammes. Pas de noyau dans le foie même. La *vésicule du fiel* était dilatée par de la bile noire et épaisse. Pas de calcul. Un nodule sur son enveloppe séreuse. Les glandes dans la fissure portale étaient envahies par la tumeur. Le

vue. Mais les idées que ce sens nous procure n'auraient jamais pu s'établir sans le secours des mains.

Le nouveau-né, comme l'aveugle-né qu'on vient d'opérer, ne sait pas voir; non-seulement il n'apprécie pas les distances, et les objets lui paraissent sur les yeux (expression d'aveugles-nés opérés), mais il ne comprend pas la forme et la grandeur des objets. Pour y arriver il doit associer les sensations tactiles et visuelles. Il porte les mains vers les objets, touche et manie. Une fois cette association bien établie, la vue suffit pour apprécier la forme, la grandeur et la situation des choses. On connaît même la circonvolution

dont la destruction amène la cécité psychique. Le sujet atteint de cette lésion voit toujours, mais il est comme le nouveau-né ou l'aveugle-né qu'on vient d'opérer, ses associations tactiles et visuelles sont détruites, il ne comprend pas ce qu'il voit.

L'importance d'une préhension délicate pour le développement de l'intelligence nous est de plus fournie par l'étude de la psychologie de l'idiot et de l'imbécile.

Ils prennent, comme ferait un singe, entre les doigts, et ne savent point opposer le pouce. Pourtant leur main est en général normalement conformée. Pour développer leur intelligence, il

pancréas en était infiltré. Les capsules surrénales ne pouvaient pas être distinguées au milieu des masses infiltrées qui entouraient le pancréas. Rien dans la rate. Les conduits biliaires et cystiques étaient obstrués par une pression exercée par les tumeurs environnantes. Nodules nombreux dans chaque rein. Vessie saine. Le corps de l'utérus n'était pas agrandi, mais présentait 2 nodules sessiles sous-séreux ; le col était hypertrophié ; les bords de l'orifice étaient formés par la masse cancéreuse, ramollie, mucoïde et pâle. Les parois des conduits de Fallope étaient infiltrées de même, ainsi que le ligament large droit. Les seins étaient tellement infiltrés par les productions cancéreuses que l'on ne pouvait plus découvrir le tissu mammaire. H. DE M.

TRAVAUX BELGES

Péritonite et salpingo-ovarite double tuberculeuses.

Par le D^r J. HENROTAY, membre titulaire.

P... Caroline, 14 ans, me fut amenée par sa mère le 5 juillet 1895. Au début de janvier, les règles étaient apparues pour la première fois ; une seconde menstruation a eu lieu depuis, à une date qu'elle ne peut préciser. Depuis longtemps, elle se plaint de douleurs abdominales en ceinture et d'une diarrhée que rien ne peut arrêter. Elle a de fréquents épistaxis et croit avoir remarqué des stries de sang dans l'expectoration. La malade a considérablement maigri et le développement de l'abdomen contraste singulièrement avec l'émaciation du visage.

Antécédents. Son père est bien portant, la mère est une plâtureuse Flamande dont l'intelligence, hélas ! n'égale pas la masse ; deux sœurs

faut simplement leur apprendre ce que l'enfant normal apprend seul et vite. On lui enseigne à opposer son pouce. On lui fait saisir de chaque main un échelon d'une échelle ; on maintient le pouce au-dessous et les doigts sur la partie supérieure de l'échelon. L'instructeur laisse ses mains sur les mains de l'enfant et lui apprend les notions, assis, debout, en avant, en arrière, en position, etc.

On passe ensuite à des sensations tactiles plus délicates ; on plonge la main dans l'eau à diverses températures, on fait toucher des surfaces rugueuses et douces ; plus tard on apprend à nouer, à lacer, à boutonner.

De même que l'enfant exerce et associe ses sensations tactiles et visuelles dans les jeux, on dresse l'idiot à des jeux, volants, croquets... ; on lui apprend à enfiler des boules dans un bâton, une corde dans une grosse aiguille à large chas...

En même temps que la main s'exerce et devient plus habile, s'éveille l'intelligence.

Ainsi les faits empruntés à la médecine mentale, de même que ceux empruntés à l'anatomie comparée, à la physiologie des mouvements, à l'anthropologie, à la paléontologie enfin, viennent vérifier cette vue de l'esprit

sont en parfaite santé. Bref, même en remontant aux collatéraux, je ne trouve pas trace d'hérédité tuberculeuse.

L'auscultation ne renseigne rien de particulier du côté de la poitrine ; les poumons paraissent sains.

A l'examen du ventre, on constate le développement exagéré de celui-ci : pas de vergetures. La percussion y décèle une collection ascitique considérable qui se déplace avec les positions diverses données à la malade. L'hymen, quoique intact, permet aisément le toucher qui ne fournit d'autre renseignement qu'un certain abaissement du cul-de-sac postérieur.

Je posai le diagnostic de *péritonite tuberculeuse compliquée d'entérite, probablement de même nature*, et demandai à tenir la malade quelque temps en observation à l'Institut Sainte-Camille.

Ce n'était probablement pas là « la bouteille » attendue par la mère, et je ne revis plus la malade.

Vers la fin mars de la présente année, elle me fut amenée. Elle était méconnaissable, et sans le développement exagéré de l'abdomen, on eut pu la croire en bonne santé. C'était, cette fois, une belle fille, à la figure pleine et colorée et développée au-delà de la moyenne pour son âge.

La sœur aînée qui l'accompagne me dit que le ventre a disparu tout un temps, et n'a reparu que depuis peu. Trois ou quatre menstruations se sont échelonnées à des intervalles irréguliers depuis mon premier examen.

La jeune malade n'accuse plus guère de douleurs ; seule, la voix est un peu rauque.

Les signes stéthoscopiques sont nuls ; la respiration est un peu rude en arrière, mais pas de râles aux sommets.

des anciens philosophes : « l'homme vaut par sa main ».

Pourtant, un fait en apparence contradictoire. L'homme peut se servir de ses pieds comme organe de préhension et l'ectromèle arrive à des résultats merveilleux.

Les pieds ne parviennent pourtant pas à la précision et à la délicatesse des mains ; même chez les ectromèles, il n'existe jamais de mouvement d'opposition¹. Les données ainsi fournies à l'intelligence sont donc forcément inférieures à celles de la main. Pourtant certains ectromèles sont intelli-

gents. On a cité parmi eux un peintre habile.

Il faut ici distinguer entre l'individu et l'espèce. Grâce à l'association, un individu privé d'un sens peut, par une éducation appropriée, diminuer beaucoup l'infériorité psychique qui en résulte pour lui. Ainsi les aveugles, les sourds-muets peuvent développer leur intelligence.

Il n'en serait pas de même si tous les individus étaient semblables. Ici, ils ne recevraient plus d'aide des mieux doués ; il faudrait, pour subvenir à leur existence, former d'autres associations d'idées, et, alors, au manque ou à l'amoindrissement géné-

1. FÉLIX REGNAULT. Le pied préhensile, *Rev. Scientif.*, 16 janvier 1892.

La percussion de l'abdomen renseigne l'existence d'une volumineuse collection liquide enkystée dont la zone de matité ne se modifie pas avec des changements de position. Dans le cul-de-sac latéral gauche et la partie avoisinante du cul-de-sac postérieur, on trouve une masse bosselée du volume d'un fort doigt, peu douloureuse. L'utérus mobile est augmenté de volume.

La transformation heureuse de l'état général de la patiente, la disparition, douteuse, il est vrai, de l'ancienne ascite et les renseignements fournis par ce récent examen me firent alors admettre que j'avais devant les yeux un exemple, pas précisément exceptionnel, de guérison spontanée de tuberculose péritonéale et de l'évolution ultérieure d'un kyste ovarique.

Aussi, est-ce plein d'espoir sur l'issue de l'intervention que je conseillai à la malade de se faire opérer.

Laparotomie le 29 mars avec l'assistance de mes confrères Sermon et Kockerols. Le péritoine, épaissi, en impose quelques instants pour être soudé à la paroi d'un kyste sous-jacent.

Des tentatives de dissection me détrompent bientôt et me font voir qu'il s'agit d'une collection liquide enkystée au milieu des anses intestinales agglutinées et parsemées d'un vrai semis de granulations miliaires. Il s'écoule environ 7 à 8 litres d'un liquide citrin clair contenant quelques flocons de fibrine.

Les trompes des deux côtés ont le volume du doigt, sont fixées aux ovaires et aux organes voisins. Je les décortique et les enlève.

Je ne fis pas de lavage de la cavité du péritoine; mais je promenai sur toute la surface accessible de la séreuse, pariétale et viscérale, un gros tampon fait de gaze iodoformée.

Suture à quatre plans de la paroi sans drainage.

ral d'un sens correspondrait pour l'espèce une diminution de l'intellect.

Les animaux sont peu tactiles. Ils associent les sensations visuelles et olfactives, et l'odorat est chez eux fort développé; les idées qu'ils se font du monde extérieur doivent être essentiellement différentes des nôtres. Pozzi a insisté sur l'importance de ce fait que les lobes olfactifs diminuaient chez les espèces supérieures plus intelligentes pour faire place aux lobes frontaux. Il aurait pu également marquer que les animaux auxquels les membres antérieurs commencent à servir de moyen de préhension semblent plus intelligents : carnassiers

(chien, chat), rongeurs (rat), enfin chez les proboscidiens, la trompe est un bon organe tactile.

Chez les singes, l'olfaction diminue et la préhensibilité de la main se perfectionne, elle atteint son summum chez l'homme, et de même les lobes frontaux se développent de plus en plus.

C'est donc bien à la perfection des mains qu'est due l'intelligence humaine, et les documents scientifiques amassés par notre siècle servent à prouver l'hypothèse conçue il y a si longtemps.

Dr FÉLIX REGNAULT.

Il serait difficile de qualifier les suites opératoires, en ce sens qu'il n'y eut pas la moindre réaction péritonéale et qu'il y eut cependant, à plusieurs reprises, de la fièvre dont je ne connus la vraie signification qu'après quelques jours. Car, malgré ma demande, la température ne fut pas notée la veille de l'opération.

Le soir de l'intervention : T, 38°8. Etat général des plus satisfaisants.

La température est normale le lendemain.

Le troisième jour, de nouveau 38°5 le soir.

Le cinquième jour (premier repas), 39°1.

Le sixième jour : matin, 37°3 ; soir, 39°1.

Le septième jour : matin, 38°. J'enlève le pansement et la suture. La réunion est parfaite. Le soir, 39°1.

Dès ce moment, le type hectique de la fièvre paraît certainement lié à la tuberculose pulmonaire. La malade me dit, en effet, être depuis longtemps sujette à ces bouffées de chaleur vespérales et à des transpirations nocturnes. Elle prit, dès lors, 1 gramme de quinine *pro die* qui abaissa progressivement la température, bien que l'on nota encore de temps en temps une élévation au-dessus de 38°.

A mesure qu'évolue cette fièvre, l'état de la cicatrice se modifie continuellement, et les bords, au niveau de l'angle inférieur, se désunissent petit à petit, laissant sourdre une goutte de pus.

N'utilisant jamais que du catgut pour mes sutures perdues, je n'avais à redouter la sortie d'aucun fil infecté et, en réalité, on n'apercevait pas de traces du surjet le plus superficiel. En dépit de tous les pansements, le processus avançait lentement et, quand la malade rentra chez elle, le dix-septième jour, il y avait une perte de substance de la grandeur d'une pièce de 2 centimes. Peu à peu, la peau se décolle de plus en plus, tout à fait superficiellement et, à la place de l'ancienne cicatrice, il n'y a plus, une quinzaine de jours plus tard, qu'une perte de substance ovale que je réunis par l'avivement et la suture secondaire le 25 avril.

Les suites de cette suture parurent tout d'abord être très satisfaisantes, la réunion étant parfaite. Puis, petit à petit, j'observai à nouveau tout ce que j'avais vu se produire à la première suture, et, après trois semaines, malgré tous les pansements, il ne restait plus trace de ma seconde intervention.

En outre se formaient de petites fistulettes borgnes qui décollaient la peau en dehors des limites des bords de l'incision ; la plaie suppuraient très abondamment, et l'examen du pus y renseigne le bacille tuberculeux.

Il s'agissait donc d'une infection opératoire de la plaie de la cœliotomie par le liquide ascitique ou des débris de granulations miliaires.

La mère se refusant à autoriser une nouvelle intervention qui était de plus en plus indiquée, j'ai dû abandonner la malade et, jusqu'à ce

moment, soit environ deux mois après la laparotomie, l'ascite ne s'était pas reproduite.

Les annexes enlevées, montrent les trompes présentant les lésions de la salpingite parenchymateuse non kystique, avec péri-salpingite, et péri-ovarite : les néo-membranes qui entourent ces organes étant farcies de granulations miliaires.

Le raclage de la muqueuse tubaire m'y a fait déceler des bacilles tuberculeux relativement peu nombreux et qui, colorés, apparaissent comme fragmentés.

Ces pièces m'ont paru d'autant plus intéressantes à vous soumettre que les cas de tuberculose tubaire qui nous ont été présentés ici par Jacobs, Thiebaut et d'autres revêtaient presque tous le type de l'hydro-salpinx.

(*Bulletin de la Société belge de Gynéc. et d'Obs.*, n° 7 du 20 juin 1896.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société obstétricale et gynécologique de Paris

Séance du jeudi 12 novembre 1896.

M. PICHEVIN : *Des indications des tiges intra-utérines.* — Moeller (1803), Oslander (1808), Amussat (1826), Velpeau (1830), Simpson (1843), Valleix et Kiwich, a peu près à la même époque, se sont servis de pessaires intra-utérins. L'on en a construit de toute dimension, de toute forme ; l'on s'est servi du caoutchouc, de l'acier, de l'ivoire, de métaux divers.

Dans la majorité des cas, on a appliqué ces instruments pour remédier à la dysménorrhée et à la stérilité accompagnées d'antéflexion. Mais il est difficile de fixer le degré d'antéflexion normale. Au-dessous de 135°, l'angle n'est pas physiologique, d'après Wylie. Fritsch a baissé ce chiffre à 90° et Schultze à 48°. De plus, l'angle de flexion peut être très aigu, sans qu'il y ait aucun symptôme. Il ne faut donc pas identifier la situation non physiologique, anormale de l'utérus, avec l'état morbide.

Pourquoi des flexions peu marquées sont-elles accompagnées de dysménorrhée et de stérilité ? C'est que dans la dysménorrhée, l'élément douleur est sous la dépendance de l'endométrite, surtout, et accessoirement d'un état phlegmasique des organes et des tissus situés autour de l'utérus. Quant à la stérilité, ses causes sont multiples et variables (aplasie des organes génitaux, etc.), mais souvent elle est due, non pas tant à la flexion qu'à l'endométrite (chute de l'épithélium vibratile qui est remplacé par l'épithélium plat, lésions glandulaires, altérations des sécrétions utérines, etc.). Dans le traitement l'acte fondamental doit avoir, pour objectif, la modification à imprimer aux tissus utérins :

l'acte *complémentaire* aura pour but de maintenir le redressement utérin. Il y aura donc lieu de faire une thérapeutique intra-utérine, d'assurer la rénovation de la muqueuse, de pratiquer ici une stomatoplastie, là une amputation du col. D'autre part, on s'opposera aux troubles de canalisation, à l'aide des tiges.

Indications : Rétrécissements cicatriciels du canal cervico-utérin ; stérilité et dysménorrhée avec orifice interne douloureux et antéflexion marquée. *Contre-indications* : Dysménorrhée avec canal utérin normal ; métrite aiguë ou subaiguë et paramétrite ; inflammation annexielle récente, enfin grossesse.

On obtiendra des succès, si l'on n'oublie pas certains préceptes : 1° ne jamais les employer en cas d'endométrite aiguë ou subaiguë, ou d'inflammation récente péri-utérine ; 2° la tige doit être plus courte que la cavité utérine et ne pas dépasser l'orifice externe ; 3° ne se servir que d'instruments aseptiques, lisses sans ressorts, se fixant au col ; 4° mettre la tige au domicile de la malade et après anesthésie ; 5° repos au lit et éviter tout effort pendant quelques jours ; 6° surveiller la malade qui porte une tige intra-utérine, car, comme Goodel l'écrivait avec humour : « Ces instruments sont bons, très bons... à être surveillés. »

M. CHARPENTIER fait remarquer qu'en dehors des affections utérines, la stérilité est due cinq fois sur dix à ce fait que certaines femmes ne conservent pas dans le vagin le liquide fécondant qui y a été déposé.

On peut, dans ce cas, conseiller l'emploi d'un petit tampon d'ouate introduit à l'entrée du vagin aussitôt après le coït.

Il a employé avec beaucoup de succès les tiges intra-utérines.

M. PAUL PETIT: *Angio-sclérose et métrorrhagies rebelles*. — La pathogénie des métrorrhagies n'est pas encore complètement élucidée. Pendant longtemps on ne s'est attaché qu'aux lésions de la muqueuse et depuis peu on commence à entrevoir les lésions du parenchyme. Dans un cas où l'auteur dut faire une hystérectomie après avoir essayé en vain plusieurs curettages, on trouva à l'examen histologique : 1° du côté de la muqueuse, prolifération accentuée des glandes dont l'épithélium est d'aspect normal ; ectasies capillaires et suffusions hémorragiques exactement limitées aux couches les plus superficielles ; 2° du côté des muscles, boyaux glandulaires très profonds, sclérose avec raréfaction très accentuée du tissu musculaire, oblitération ou rétrécissement des lumières vasculaires ; 3° atrophie scléreuse des trompes ; 4° sclérose moins avancée des ovaires.

M. le D^r DELASSUS, de Lille : *Tumeur cœcale prise pour une annexite droite*. — Chez une femme, qui souffrait du ventre depuis un certain temps, et chez laquelle on sentait dans le cul-de-sac droit une tumeur mobile, grosse comme un œuf, douloureuse, simulant une salpingite avec mauvais état général et constipation opiniâtre, on trouva au cours de la laparotomie un néoplasme du cœcum qu'il fut impossible d'opérer. La malade mourut quelques mois plus tard.

Le passé gynécologique de cette femme, qui avait quelques mois auparavant subi un curettage pour métrite, la latéralité de la lésion, sa sensibilité, son évolution lente avec le cortège du syndrome utérin, tout confirmait le diagnostic de collection tubaire, qui avait été porté par les différents médecins qui avaient examiné la malade.

M. JOUIN : *De l'histothérapie appliquée aux maladies et aux troubles fonctionnels du système génital féminin, et particulièrement de la médication par le tissu ovarien.* — La médication thyroïdienne dans les affections utérines a été étudiée et exposée d'abord par le Dr Jouin, ensuite par le Dr Hertogh, d'Anvers.

La médication ovarienne indiquée par Brown Séquard a été, depuis lors, l'objet de nombreux travaux, et particulièrement d'une thèse de Lissac, des mémoires de Jayle et de Touvenaint.

La médication par le suc ovarien convient aux états caractérisés à la fois par l'insuffisance du fonctionnement ovarien et par l'exagération du travail de la thyroïde ou simplement par l'un des deux éléments, comme on en observe par exemple après la castration, au moment de la ménopause, et dans certains cas d'atrophie génitale acquise ou spontanée.

La médication thyroïdienne convient, au contraire, aux états dus à l'hypothyroïdation ou à l'exagération des fonctions ovariennes ou à ces deux causes réunies. Les hémorrhagies utérines par exemple, et les fibromes relèvent de cette médication. Elle est bien réellement efficace, car elle supprime parfois les règles chez les femmes obèses. L'auteur a même vu la suppression brusque des règles et une hématocele péri-utérine suivre l'emploi inconsideré de tablettes administrées à doses massives et au moment d'une hémorrhagie. Aussi en déconseille-t-il absolument l'usage pendant la menstruation.

NOUVELLES

Parmi les nominations au grade d'officier d'académie, parues au *Journal officiel* du 18 janvier 1897, nous avons le plaisir de signaler à nos lecteurs celle du Dr A.-F. Philippeau, rédacteur en chef de ce Journal

CONCOURS DES PRIX DE L'INTERNAT. — Le concours pour la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par les nominations suivantes :

Médaille d'or : M. Baudet. — Médaille d'argent : M. Lapointe. — Accessit : M. Marion.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, A PARIS. — **Concours public pour la nomination à trois places de médecin des**

hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 Février 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 18 Janvier 1897, et sera clos définitivement le vendredi 5 Février, à trois heures.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'assemblée des professeurs a voté jeudi dernier la liste de présentation des candidats à la place vacante de professeur de pathologie interne. Le vote a donné les résultats suivants :

En 1^{re} ligne : M. Hutinel, 16 voix ; M. Brissaud, 14.

En 2^e ligne : M. Déjerine, 29 voix ; M. Brissaud, 1.

En 3^e ligne : M. Chauffard, 29 voix ; M. Brissaud, 1.

En conséquence, M. Hutinel est présenté à l'approbation du ministre.

BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — Un concours aux places de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 5 avril 1897.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des Secours à domicile), de onze heures à quatre heures. Les inscriptions seront reçues jusqu'au vendredi 5 mars 1897, quatre heures, inclusivement. Les candidats doivent réunir les conditions suivantes :

1^o Etre de nationalité française et pourvu du diplôme de docteur en médecine délivré par une des facultés de médecine de l'Etat ;

2^o S'ils postulent pour le service du traitement à domicile, s'engager à résider dans l'arrondissement où ils seront appelés à exercer leurs fonctions, ou dans un quartier limitrophe.

Il sera délivré récépissé de la déclaration de candidature et du dépôt des diverses pièces. Un exemplaire du règlement du concours sera remis aux candidats lors de leur inscription.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

ANTISEPSIE UTÉRINE. — *Utérostyles.*

Le Propriétaire-Gérant : Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AVIS AUX ABONNÉS

L'administration du Journal a l'honneur de prier MM. les Abonnés français, de vouloir bien lui adresser, sans retard, le renouvellement de leur abonnement, ou de la prévenir, au cas où ils désireraient cesser de recevoir le Journal.

Les quittances, augmentées de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement, seront présentées à partir du 15 Février prochain.

Les abonnés de l'Etranger qui n'auraient pas envoyé de mandat-poste international ou toute autre valeur, à l'Administrateur du Journal, 12, rue de Châteaudun, Paris, ou fait acquitter le montant de leur abonnement par un libraire-commissionnaire d'ici au 15 Février prochain, ne recevront plus le Journal à partir de cette époque. Les Abonnés russes peuvent nous adresser trois roubles en papier-monnaie.

FEUILLETON

Un cas de déontologie scabreux

Mon cher confrère, tout frais éclos dans la pratique, vous vous êtes trouvé dans des circonstances embarrassantes ; vous vous en êtes tiré comme vous avez pu, à la bonne franquette ; vous avez essayé de faire bien ; mais vous n'êtes pas sûr d'avoir fait *le mieux* — auquel il faut toujours tendre — et vous me faites l'honneur de me demander de vous éclairer. Je vais tâcher de vous satisfaire.

Vous avez été appelé un matin en toute hâte chez un jeune ménage. « Ma femme, vous a dit le mari, a souffert toute la nuit de maux de ventre qui ne font qu'augmenter ; nous ne sommes mariés que depuis sept mois... et je crains une fausse couche. »

En effet, la jeune femme était bien en travail d'enfantement ; elle était même au bout de ses peines et, quelques minutes après votre arrivée, elle expulsait un gros enfant... de sept mois ? — Non ! de neuf : il pesait près de 5 kilos ! Et, comme un anatomo-
miste de première année devant un os sésamoïde, vous voilà ahuri !

On rencontre de ces choses, renver-

TRAVAUX ORIGINAUX

Deux cas d'hémorrhagie interne grave due à des ruptures de grossesses tubaires.

Par le Docteur ROCHET.

A la dernière séance de la Société de Médecine, je vous présentais les pièces anatomiques provenant d'une grossesse tubaire rompue. Depuis lors j'en ai encore observé deux cas assez intéressants pour être rapportés. Ils serviront à montrer, à ceux qui en doutent encore, la fréquence de ce genre d'affection, et ils attireront l'attention des praticiens sur les symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic et sur les maladies avec lesquelles on peut quelquefois la confondre.

PREMIÈRE OBSERVATION. — Joséphine B., âgée de 29 ans, ménagère, mariée depuis sept ans, a eu deux fausses-couches et cinq enfants. Elle entre à l'hôpital Stuivenberg le 17 Octobre, envoyée par un médecin de la ville, avec le diagnostic d'*obstruction intestinale*.

Elle a été réglée, dit-elle, le 27 du mois de Septembre.

Il y a huit jours, elle a ressenti des maux de ventre, accompagnés de syncope, n'a plus eu de selle, ni émis de gaz par l'anus depuis le vendredi 16. Le samedi 17, elle a eu des vomissements bilieux toute la journée, et a perdu du sang. Le médecin qui l'a vue, a cru à une obstruction intestinale. A son entrée à l'hôpital, le samedi à 11 heures du soir, elle avait un aspect syncopal, pouls

santes pour les débutants; aux autres, l'expérience a appris qu'il y a des os sésamoïdes, que *multa fiunt fieri quæ posse negares*, et que celui-là n'est pas toujours le père *quem justæ nuptiæ demonstrant*.

Devant ces surprises du mariage, qui font découvrir à gauche ce qui ne devrait se trouver qu'à droite, la position du médecin est toujours extrêmement délicate. Au premier moment, père, mère, belle-mère, garde-couches et homme de l'art ne savent quelle contenance prendre et s'observent du coin de l'œil, en bornoyant : faut-il rire on faut-il pleurer? — Regardez bien la figure du mari : elle vous dira

tout de suite si c'est une comédie qui se dénoue ou un drame qui commence.

Trois cas peuvent se présenter, auxquels il est bon d'avoir réfléchi d'avance, pour ne pas être pris au dépourvu et pour ne pas s'exposer à s'engager à l'improviste dans de fausses routes.

Premier cas. — Le mari ne paraît pas étonné du tout de ce qui arrive. Ne soyons pas plus étonné que lui ! Il y a tant de choses en ce monde à côté desquelles il faut passer sans avoir l'air de les remarquer. Acceptons donc les sept mois, sans épilucher le compte, et ne défions ce père pré-

faible, petit (39 au quart). Transpiration froide, vomissements bilieux, t° à 36.6.

Le lendemain dimanche, au matin, je la trouve dans le même état et je constate une tumeur rénitente remplissant le Douglas et refoulant la matrice en avant.

Je porte le diagnostic d'hémorrhagie interne due à la rupture d'une grossesse tubaire et je décide d'opérer.

Ayant placé la malade dans la position dorsale, je lui fais rapidement et sans chloroforme une incision exploratrice du Douglas au thermo-cautère pour confirmer le diagnostic ; je tombe en effet sur de vieux caillots noirs qui remplissent le cul-de-sac postérieur.

La malade est immédiatement chloroformée, je fais la laparotomie pendant qu'un aide pratique l'hypodermoclise. Le ventre est plein de sang ; j'amène la trompe droite gravide — d'où part l'hémorrhagie. Je l'excise après l'avoir liée, et j'évacue les caillots ; le Douglas est bourré à la gaze.

La malade guérit parfaitement ; sa convalescence fut retardée par des accidents tuberculeux du côté du poumon.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Le 27 Octobre, je fus appelé en consultation par un confrère pour voir une malade qu'il traitait depuis trois ou quatre jours pour des symptômes d'*obstruction intestinale*.

Cette dame, âgée de 50 ans, mère de plusieurs enfants, ne présentait aucun symptôme du côté de l'appareil génital : elle n'avait jamais été malade. Elle fut prise tout à coup de douleur dans le ventre, surtout au flanc droit, sans perte de sang ; elle eut des

coce de recommencer que si, prenant notre rondeur en affaires pour de la naïveté, il se montrait disposé à se gausser de notre bonhomie.

Deuxième cas. — Le mari — étonné ou non — ne sourcille pas et ne nous demande pas d'explications. Cet homme a ses raisons : l'interroger serait de l'indiscrétion, et nous n'avons pas mission de lui démontrer, à la balance, que la conception a précédé le mariage de deux gros mois... donc qu'il a triché... ou qu'un autre a triché pour lui.

Ne nous embarquons pas dans cette affaire — qui, du reste, ne nous regarde pas — et c'est un mauvais embar-

quement... Suivons le conseil du valet d'Amphitryon :

« ...Coupons aux discours
Et que chacun chez soi doucement se retire
Sur telles affaires, toujours,
Le meilleur est de ne rien dire. »

Troisième cas. — Nous voici aux difficultés sérieuses, et c'est le moment ou jamais de tourner sept fois la langue en bouche avant de parler.

Le mari vous prend à part et, très sérieusement, vous dit :

« Si cet enfant a plus de sept mois, il n'est pas de moi : sur votre honneur, quel âge a-t-il ? »

En matière aussi grave, avons-nous le droit, par des échappatoires ou des

vomissements bilieux, et on ne put lui procurer de selles malgré des lavements purgatifs copieux. L'ayant examiné avec ce confrère, le mardi 27 Octobre, à cinq heures du soir, je constatai chez cette malade un dérangement des voies digestives, avec tendance syncopale. Le pouls à 120, petit, filiforme, t° à 36. Le ventre est ballonné, douloureux surtout dans le flanc droit, en un point correspondant à l'appendice. Au toucher, le Douglas est vide, l'utérus est très haut placé, en position normale.

Je porte le diagnostic d'appendicite et fais transporter la patiente à l'Institut St-Camille.

Le soir, je revis la malade avec mon collègue ; les symptômes restent les mêmes, t° à 35.5.

J'établis un pronostic très peu favorable, croyant à une appendicite perforante.

Le lendemain matin, la malade avait encore eu un vomissement, et une selle abondante à la suite d'un lavement purgatif. Le pouls restait vers 130, t° 36.

L'état de la malade ne s'étant pas empiré, je fus d'avis de faire, le 28 à midi, une laparotomie exploratrice.

Elle fut donc endormie, et j'avais l'intention de faire l'incision sur l'appendice, au lieu d'élection, mais lorsque la malade fut chloroformée, je pratiquai le toucher et, les muscles étant dans le relâchement complet, je constatai que la fosse iliaque droite était libre, mais qu'il y avait à gauche de l'ombilic et à son niveau, une

mensonges, de tromper cet homme qui nous demande la vérité et qui a, assurément, le droit de la savoir ? — Les avis sont partagés. Où est le *devoir* ?

Le premier confrère à qui j'ai exposé mes perplexités s'est exclamé : « Vous voyez des difficultés partout ; rien n'est plus simple ! Figaro s'empresait de rire des choses pour n'être pas obligé d'en pleurer, et Labiche nous a donné la solution algébrique de la situation :

« X épouse Y qui le trompe avec Z ; doit-on le dire à X ?

« Rappelez-vous la conclusion :

« Premier mari. — Et moi qui soupçonnais mon oncle !

« Second mari. — Je soupçonnais bien mon cousin !

« Premier mari. — Ah ! je suis heureux !

« Second mari. — Et moi aussi !

« Le chœur. — Ils sont heureux !... Décidément, on ne doit pas le dire.

« Affirmez donc hardiment et carrément qu'on a vu des choses bien plus extraordinaires, et que cet enfant à terme n'est qu'un fœtus de sept mois... un peu fort pour son âge... et voilà un homme qui embrasse sa femme, qui embrasse l'enfant et qui vous sauterait au cou de joie !

« Avec vos scrupules, au contraire, vous empoisonnez la vie de ce malheureux : voilà un ménage gâté à per-

tumeur du volume du poing, rénitente, dont je ne m'expliquais pas la nature.

Je changeai, en conséquence, immédiatement mon plan opératoire et j'incisai sur la ligne médiane sous l'ombilic : le péritoine étant ouvert, il s'écoula une quantité de sang noir et je sentis, adhérente à la paroi abdominale antérieure, à gauche de l'ombilic, une trompe grosse comme le poing et présentant l'aspect d'une grossesse tubaire rompue.

C'était la trompe droite tordue sur elle-même et qui avait adhéré à ce niveau.

Le Douglas était à peu près effacé et attiré en haut avec l'utérus, à cause de cette tension et de l'adhérence des annexes droites en cette situation insolite.

Dès lors, tous les symptômes présentés par la malade s'expliquèrent.

L'opération fut terminée comme d'habitude par l'enlèvement du corps du délit et l'opérée guérit parfaitement.

La malade accusait une douleur spontanée peu marquée au côté gauche du ventre par suite de l'adhérence à la paroi abdominale en cet endroit.

La douleur provoquée par la pression et la contracture des muscles pariétaux droits, correspondaient à la torsion et au tiraillement des annexes droites.

L'effacement du Douglas et la situation haute de l'utérus prove-

pétuité, sinon un enfant repoussé, une femme chassée, du scandale à foison ! Croyez-moi, ne dites rien ; *mundus vult decipi*, et laissez dormir en paix sur ses oreilles ce Ménélas qui, neuf fois sur dix, est un imbécile.... »

Je répondis : Mon cher confrère, s'il m'arrive parfois de trop tourner autour de la question avant de me décider, vous êtes, vous, bien de premier mouvement ! Sans doute le premier mouvement — comme un jugement de première instance — est souvent le bon... mais pas toujours... sinon à quoi serviraient et la réflexion et les cours d'appel et de cassation ?

Beaumarchais et Labiche sont gens d'énormément d'esprit, non des moralistes à consulter dans les cas épineux

où l'on ne cherche pas à être spirituel mais droit — et je récuse vos autorités comme trop... amusantes pour être instructives.

Vos intentions sont excellentes, mais vos moyens sont détestables : or, la fin ne justifie pas les moyens.

Le ménage que vous voulez tenir debout, à tout prix, se disloquera vraisemblablement avant peu : il est miné à la base et lézardé de la cave au grenier. Voyons les étauçons avec lesquels vous allez essayer de retarder l'écroulement : ils s'appellent, de leur vrai nom, complicité dans une tromperie, trahison et mensonge.

Et il ne s'agit pas de ces petits mensonges véniels, officieux ou joyeux — sans grande gravité parce qu'ils

naient de la même cause : C'est certainement à cause de l'absence de caillots dans le cul-de-sac de Douglas, qui n'existait pour ainsi dire pas chez cette malade, que je n'ai pas fait le diagnostic. Dans tous les cas de grossesse tubaire rompue que j'avais rencontrés jusqu'alors, le Douglas était plein de caillots refoulant la matrice en avant, et bombant dans le vagin ; les annexes, siège de la lésion, adhéraient aux organes du petit bassin. Ici, rien de semblable ; le petit bassin ne présentait rien d'anormal, si ce n'est l'élévation insolite de la matrice : les organes malades avaient quitté le petit bassin, qui est leur siège habituel, pour aller habiter le grand bassin.

Nous avions donc une douleur fixe dans le flanc droit, sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; une contracture des muscles de la paroi abdominale droite qui empêchait la palpation profonde.

Vomissements bilieux, insomnie, état saburral des voies digestives, pouls à 130, t° en dessous de 36. tous ces symptômes semblaient justifier le diagnostic d'appendicite perforée.

Mais, une fois la malade placée dans la résolution musculaire par le chloroforme, nous avons reconnu immédiatement notre erreur, et sans poser le diagnostic ferme, nous avons cru nécessaire de changer le siège de l'incision pour faire une laparotomie exploratrice.

Voilà donc en huit jours deux cas de grossesse tubaire rompue

sont sans grande importance ; — l'heure est solennelle et la situation des plus poignantes ; votre parole va entraîner les conséquences les plus graves ; on l'attend avec angoisse et, dans ces conditions, il vous serait permis de mentir ?

Mais absolument pas ! On ne peut jamais se servir de dés pipés, ni commettre un mal positif... même pour éviter un mal pire ! Il n'y a pas à sortir de là sans se brouiller avec la morale.

Déjà très gros par lui-même, votre mensonge se corse encore d'un abus de pouvoir, d'une complicité dans la fraude et d'une trahison envers le mari, auxquels vous n'avez, sans doute, pas réfléchi.

Où sont vos titres pour substituer

votre volonté à celle de cet homme et pour le condamner, en réalité, pour le reste de ses jours : 1° à garder à ses côtés une épouse indigne, adultère avant la lettre ; 2° à se charger d'un enfant qui n'est pas de lui ? Vous seriez bien embarrassé de les produire, et alors de quoi vous mêlez-vous ?

Cet homme est, peut-être, un brave homme : la femme est, *certainement*, une drôlesse. Toutes les sympathies devraient, en justice, se tourner du côté où ne se trouvent pas la fraude et la malhonnêteté, et vous allez vous ranger du côté de la drôlesse et, par un faux témoignage, faire réussir la plus odieuse des supercheries ! Eh bien, menteries, complicité avec la trompeuse, trahison envers le mari, tout cela me répugne absolument, et,

avec hémorrhagie intra-péritonéale des plus grave, presque mortelle. Ces deux cas se sont présentés aux yeux d'observateurs très attentifs, sous l'aspect d'une obstruction intestinale.

Il est bon, je crois, de signaler cette cause d'erreur aux praticiens et d'éveiller leur attention sur ce point.

Donc, conclusion pratique : chaque fois qu'on rencontre chez une femme, se trouvant dans les conditions voulues, des symptômes ressemblant à première vue à ceux de l'obstruction intestinale, penser à l'éventualité d'une grossesse tubaire rompue.

Fibrome volumineux de l'utérus

FIBROMATOSE GÉNÉRALISÉE

HYSTÉRECTOMIE ABDOMINALE TOTALE. — GUÉRISON

Par le Docteur ROCHET.

M^{me} X., âgée de 45 ans, n'a jamais été malade. On lui a enlevé, il y a quelques années, plusieurs tumeurs du cuir chevelu ; elle en porte encore deux qui se sont produites depuis peu.

A la suite d'une métrorrhagie très abondante, elle fit venir son médecin traitant, qui constata l'existence d'une tumeur abdominale assez volumineuse.

Appelé en consultation, je constatai, en effet, une tumeur volu-

par propreté, je refuse d'y tremper les mains.

Rien ne vous oblige à vous fourrer dans le guêpier ; on vous demande, uniquement, de préciser un fait ou une date : restez donc dans votre rôle ; n'acceptez pas celui de complice et n'usurpez pas celui de juge, qui n'appartient qu'au mari outragé.

Si déplaisante que soit la supposition, mettez-vous, un instant, à la place de cet homme : vous ne souffririez certainement pas qu'il décidât pour vous de votre avenir ; ne décidez donc pas du sien : lui seul en a le droit... et ce qu'il fera ou ne fera pas ne vous regarde en aucune façon.

Ah ! s'il vous demandait conseil, ce serait tout différent : l'homme de science pourrait disparaître alors der-

rière l'ami que l'on consulte.

« Tue-là ! répond A. Dumas. — Consulte ta raison et ton cœur, répond le philosophe. — Pardonne, répond le moraliste chrétien, l'homme n'est grand que dans le pardon ; l'indulgence et la générosité le rapprochent de Dieu.

Et, selon le limon dont il est pétri, l'homme se montrera féroce, ou sot, ou sévère, ou sublime.

Taisons-nous, si l'on ne nous demande rien ; — ne mentons pas si l'on nous interroge ; et tâchons d'être de bon conseil si on nous consulte. C'est l'avis de *ma* cour d'appel, mais libre à vous d'aller en cassation !

D^r Eugène HUBERT.

(Revue Médicale de Louvain.)

mineuse atteignant presque l'ombilic ; très mobile, s'étendant surtout vers le flanc droit, mais facile à ramener vers la ligne médiane ; les manipulations abdominales combinées au toucher vaginal, font voir que cette tumeur fait corps avec l'utérus, qui est lui-même très volumineux, dur, bosselé ; nous diagnostiquons un fibrome pédiculé avec utérus fibromateux, et conseillons l'hystérectomie abdominale.

Cette opération fut acceptée par la malade et pratiquée il y a quelques jours.

A peine avons-nous ouvert la cavité péritonéale, que nous constatons des petites tumeurs pédiculées, dures, sur le grand épiploon ; l'utérus est amené à l'extérieur avec un chapelet de tumeurs dures comme du fibrome, de différents volumes : l'une pesant au moins un kilogramme, la plus petite grosse comme une noix. Toute la masse fut enlevée avec l'utérus en totalité par la voie abdominale, après avoir placé des ligatures sur les ligaments larges : le grand épiploon fut excisé ensuite en même temps qu'une frange de l'S iliaque transformée en fibrome.

C'est donc un cas de fibromatose généralisée semblable à celui qu'a rapporté dernièrement le docteur Jacobs à la Société de gynécologie.

La malade guérit sans encombre de cette opération laborieuse.

TRAVAUX ITALIENS

Sur la sécrétion interne de l'ovaire

Par le Dr CURATULO (*Annali di Ostetricia et Ginecologia*, n° 10, p. 727, 1896.)

L'auteur, qui consacre à cette question un très long et très complet travail, arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° L'ablation des ovaires exerce une influence considérable sur le métabolisme organique.

2° La quantité des phosphates éliminés par les urines est notablement diminuée après la castration. En effet, cette diminution n'est due ni à l'élimination, qui reste la même avant et après l'opération, ni à la diminution du pouvoir absorbant de l'intestin, car les conditions dans lesquelles se trouve le tube gastro-intestinal sont les mêmes après et avant la castration.

3° La courbe de l'azote, après l'ovariotomie, déterminée soit d'après la méthode de Kjeldahl, soit d'après celle d'Yvon, présente une légère oscillation, sans tendance bien nette à l'élévation ou à l'abaissement.

4° Après la castration, la quantité de l'acide carbonique éliminé par

la respiration et celle de l'oxygène absorbé diminuent considérablement jusqu'à une certaine limite, à partir de laquelle elles restent stationnaires.

5° Chez les animaux castrés, la courbe du poids s'élève progressivement jusqu'à atteindre des proportions considérables, cinq à six mois après l'opération.

6° Lorsqu'on fait des injections sous-cutanées de suc ovarique à une certaine dose à des chiennes castrées, la quantité des phosphates éliminés par les urines, qui avait diminué considérablement après l'opération, tend à augmenter et à devenir même supérieure à celle qu'on avait constatée avant l'opération; lorsqu'on pratique des injections à des doses encore plus fortes, la quantité des phosphates augmente d'une façon tout à fait notable. Cette augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité des phosphates contenus dans le suc ovarique injecté.

L'hystérectomie, faite conjointement avec l'ovariotomie, ne paraît pas déterminer des modifications autres que celles qu'on constate après une castration simple.

L'auteur termine son travail en formulant la théorie suivante :

« Les ovaires, comme les autres glandes de l'économie animale, ont, suivant la doctrine générale de Brown-Séquard, une sécrétion interne spéciale. Ces glandes déversent continuellement dans le sang un produit particulier dont la composition chimique est complètement ignorée et dont les propriétés essentielles consistent à favoriser l'oxydation des substances organiques phosphorées, des hydrates de carbone et des graisses.

« Il en résulte que, lorsque la fonction des ovaires n'existe pas, soit parce qu'on a pratiqué une ovariectomie, soit parce que ces organes ne fonctionnent pas, comme cela arrive avant la puberté et à l'époque de la ménopause, il doit se produire, d'un côté, une rétention plus considérable de phosphore organique, d'où accumulation plus grande des sels calcaires dans les os, et, d'un autre côté, l'engraissement très manifeste qu'on note ordinairement après la castration ou après la ménopause. »

TRAVAUX BELGES

Deux causes anatomiques de grossesse tubaire.

Par le docteur VAN DUYSSE. (Analyse par le docteur J. HENROTAY).

Le très intéressant travail du D^r Van Duyse relate deux observations de grossesse tubaire dont la première est particulièrement rare.

Il s'agit d'une femme chez laquelle la laparotomie fit déceler à la fois un fœtus momifié dans la cavité péritonéale, noyé dans des néo-membranes, et une grossesse tubaire commençante (8^e ou 9^e semaine) dans

la trompe droite. Le placenta du fœtus momifié était logé au milieu d'adhérences dans le cul-de-sac postérieur (ce qui est insuffisant, à notre sens, pour affirmer d'une façon certaine une grossesse abdominale primitive.)

L'examen microscopique de la paroi tubaire au niveau de l'insertion de l'œuf permet de reconnaître « l'existence de tubes, de cavités épithéliales dans l'épaisseur du revêtement péritonéal de la trompe et dans l'épaisseur de la musculature... En ces derniers, les éléments épithéliaux sont analogues à ceux de la muqueuse de l'oviducte. »

Sans nier l'existence des tubes accessoires sous cet aspect et le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'étiologie de l'implantation anormale de l'œuf, nous croyons cependant que les anomalies décrites par notre confrère sont, du moins celles de la musculature qui sont les plus nettes, les lésions typiques de la *salpingite pseudo-folliculaire* (Martin).

La seconde observation est fournie par l'autopsie d'une femme morte d'hémorragie interne par rupture de grossesse tubaire.

La coupe frontale de l'oviducte droit montre des flexuosités anormales de sa partie moyenne et une torsion spirale du canal central. Notre confrère insiste sur cette disposition comme étant de nature à retarder le cheminement de l'œuf vers l'utérus et à le retenir dans la trompe. Cette hypothèse a souvent été émise, mais le fait que la personne, comme d'autres d'ailleurs en pareil cas, avait accouché normalement trois fois auparavant, la rend peu vraisemblable ici.

Il faudrait, comme le dit Martin, que l'on y constatât une véritable coudure ou une obstruction matérielle de la lumière du canal.

Quoi qu'il en soit, la publication de notre distingué confrère est une contribution à la casuistique de la grossesse extra-utérine répétée dont on ne connaît qu'un nombre fort restreint de cas.

Elle appelle de plus l'attention sur les causes anatomiques de la grossesse tubaire, et comme ce chapitre n'est pas bien riche en données positives, il y a lieu de féliciter de son travail notre distingué et savant membre correspondant.

(Société de Médecine d'Anvers.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

L'eau chaude en Chirurgie.

Le temps n'est plus où des chirurgiens, que nous croyions autorisés, proposaient l'extirpation des annexes pour des douleurs à la pression dans les culs-de-sac vaginaux, un vague empatement de la région, quelques troubles menstruels et des pesanteurs dans la région lombaire ; il faut plus maintenant pour faire la laparotomie et, pour ma part, je ne suis jamais intervenu dans ces affections du petit bassin avant

d'avoir eu recours à un traitement médical dont les lavements d'eau chaude constituent le facteur principal. Les succès que l'on en obtient sont tels que, dans notre service de la Pitié, nous n'opérons guère en définitive qu'une sur trois des malades entrées pour ovaro-salpingites avérées.

A l'exemple de nombre de mes collègues, je commence par désinfecter le vagin et l'utérus ; je dilate le col, je le draine largement et pendant longtemps. J'écouvillonne, je curette au besoin la cavité de la matrice dont je modifie les parois par des topiques appliqués à plusieurs reprises ; teinture d'iode, créosote, solutions graduées de chlorure de zinc. Ces manœuvres ont été décrites trop souvent et par trop de praticiens pour que j'aie besoin d'y revenir ici. Mais voici où mon traitement diffère du leur : si d'habitude ils prescrivent l'eau chaude, la température qu'ils préconisent n'est point assez élevée ; ils se contentent trop souvent de 40° à 45°, tandis que je conseille au moins 50°, d'ordinaire 55°. Et puis et surtout, ils ont recours aux irrigations vaginales, alors que j'ordonne les lavements.

Certes, je ne proscriis pas les injections vaginales, et n'auraient-elles pour résultat que de nettoyer l'organe, que le résultat ne serait point déjà à dédaigner ; mais il faut reconnaître qu'à peu près là s'arrêtent les bénéfices que ces injections procurent, et que leur action décongestionnante sur l'utérus et ses annexes est, pour ainsi dire, nulle. C'est par erreur anatomique qu'on les ordonne, et si l'on veut vraiment atteindre la matrice, l'ovaire, la trompe et les vaisseaux qui s'y rendent, c'est par le rectum qu'il faut les aborder. Le lavement accumule le liquide chaud dans l'ampoule rectale où proéminent les organes génitaux internes : c'est donc le lavement qui sera efficace.

Le mieux est de le prendre le matin une demi-heure environ avant le lever. On met sur la table de nuit l'irrigateur rempli d'eau à la température de 55° au moins ; on introduit la canule dans le trajet sphinctérien et l'on ouvre le robinet doucement, de façon que peu de liquide passe à la fois dans l'intestin ; grâce à cette lenteur, ses tuniques musculaires ne se contractent pas et c'est ainsi qu'on fait pénétrer une quantité plus considérable d'eau. Si néanmoins le besoin d'aller à la garde-robe tendait à se faire sentir, on s'arrête, on laisse s'apaiser cette envie, puis on ouvre de nouveau et doucement le robinet. La malade garde le lavement une demi-heure si c'est possible : ensuite elle se lève, le rend et recommence le lendemain.

Grâce à cette antisepsie, à ce drainage de la matrice, grâce à ces lavements chauds, j'ai vu un très grand nombre de périméto-salpingites rétrocéder et même guérir. Les poches s'affaissent, les empâtements disparaissent ; les mouvements péristaltiques de l'intestin rompent les adhérences, et là où quelques semaines auparavant existaient des masses qui remplissaient le petit bassin, les exsudats, les collections purulentes se résorbent, le cul-de-sac devient plus souple, l'utérus plus

mobile, et la région, surtout après quelques séances d'un bon massage modéré et opportun, redevient presque normale. Nous avons assisté à la disparition totale de la tumeur : nous en étions en grande partie redevable à l'eau chaude, et c'est pourquoi j'ai voulu aujourd'hui encore vous parler des bénéfices que la chirurgie retire de son emploi.

R. RECLUS.

Contribution à la thérapeutique de l'avortement. — (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynecologie*, septembre 1895.)

J. JACUB décrit la méthode qu'il a employée dans 53 cas de sa pratique. Ceci ne présente rien de bien particulier : Elle comporte l'emploi du viburnum prunifolium dès les premiers symptômes, puis, en cas d'hémorrhagie et de dilatation du col, le tamponnement du vagin avec la gaze iodoformée ou la ouate aseptique. En cas d'hémorrhagie et d'orifice cervical admettant l'index, destruction de l'œuf et extraction de celui-ci, injection utérine et vaginale avec une solution antiseptique. Si l'ouverture de l'orifice cervical n'admet pas l'index et que, cependant, l'hémorrhagie reste abondante, il est urgent d'opérer une dilatation jusqu'à ce que le doigt puisse pénétrer. Dans beaucoup de cas, Jacub pense qu'on peut abandonner l'expulsion du délivre, après l'avortement, aux seules forces de la nature. Après l'expulsion spontanée ou artificielle de l'œuf, l'auteur recommande l'emploi journalier du seigle ergoté durant toute la première semaine. L'emploi de la curette tranchante dans la thérapeutique de l'avortement est, selon Jacub, dans la plus grande partie des cas, non seulement inutile, mais dangereuse. Les irrigations vaginales pendant la période puerpérale après l'avortement ne seront continuées que si l'indication en persiste. Comme on le voit, cette thérapeutique très rudimentaire ne prévoit même pas l'infection, et laisse supposer que l'auteur s'est trouvé toujours placé dans des conditions d'asepsie singulièrement favorables. (*Rev. de thérap. méd. chir*).

Traitement des fissures à l'anus par la cocaïne et l'ichthyol.

(D^r Jules CHÉRON.)

La fissure à l'anus est une affection que les gynécologues ont souvent l'occasion d'observer et de traiter, les femmes étant prédisposées à cette maladie par la fréquence, chez elles, des hémorroïdes et de la congestion des organes pelviens.

La plupart des traitements médicaux sont d'une telle infidélité que beaucoup d'auteurs conseillent uniquement l'intervention chirurgicale, dès que la fissure à l'anus est diagnostiquée.

Le traitement suivant nous a donné des succès constants, dans tous les cas où nous l'avons employé ; il peut donc être mis en parallèle avec l'intervention chirurgicale par sa réelle efficacité et il est facile à faire accepter des malades les plus pusillanimes. Il repose sur l'emploi consécutif de la cocaïne et de l'ichthyol.

Après avoir entr'ouvert l'anus et reconnu le siège de la fissure, on applique localement un petit tampon d'ouate hydrophile imbibé de chlorhydrate de cocaïne à 1/0, voir même à 1/10, si la sensibilité est très vive. Au bout de cinq minutes, l'anesthésie locale est obtenue et on peut cautériser la fissure avec l'ichthyol pur. Une baguette de verre aseptisée est plongée dans l'ichthyol dont on laisse tomber une ou deux gouttes sur la fissure.

Les mêmes applications de cocaïne, puis d'ichthyol, sont répétées les jours suivants.

A la 4^e ou la 5^e séance, le tampon de cocaïne est introduit jusqu'au niveau du sphincter, et, au bout de cinq minutes, il devient possible de faire une dilatation légère de l'anus avec le dilatateur de Nélaton : on a ainsi, sous les yeux, la fissure bien étalée et on la touche, dans toute sa hauteur, avec l'ichthyol.

A mesure que la cicatrisation avance, les dilatations se font plus facilement et peuvent être poussées plus loin, de façon à faire cesser la contracture du sphincter qui complique si fréquemment les fissures anciennes.

Les fissures récentes peuvent être guéries en une dizaine de séances par le mode de traitement que je viens d'exposer ; pour les fissures anciennes, à bords plus ou moins calleux, la guérison demande plus de temps ; il est rare cependant qu'on ait besoin de faire plus d'une vingtaine de séances. (*Rev. des mal. des femmes*).

NOUVELLES

J'adresse mes sincères remerciements aux Confrères, Amis et Lecteurs de ce Journal, qui m'ont envoyé leurs félicitations, à l'occasion de ma nomination d'Officier d'Académie, et les prie de croire que j'ai été très touché de ces nombreuses marques de sympathie.

D^r A. F. PHILIPPEAU.

Participation des professeurs de Facultés de Médecine à l'enseignement populaire.

Sous ce titre : Conférences populaires, le *Nord Médical* du 1^{er} janvier publie la note ci-après :

La Municipalité socialiste de la ville de Lille vient de décider la création de conférences publiques, devant être faites par les professeurs de la Faculté de l'Etat, sur les matières suivantes :

- 1^o Une question de l'hygiène du premier âge ;
- 2^o L'alcoolisme dans le Nord ;
- 3^o Etude chimique de l'alimentation ;
- 4^o Physiologie alimentaire ;
- 5^o Bactériologie ;
- 6^o La lutte contre la tuberculose ;

7° Une question de l'histoire de la médecine.

Ces conférences devront avoir un caractère absolument populaire et rapporteront chacune à leur auteur la somme de 300 fr.

L'organisation de ces conférences populaires nous paraît être une très bonne mesure. Il serait vivement à désirer que l'exemple de Lille fût suivi par les grandes villes qui possèdent des Facultés ou des Ecoles préparatoires de médecine. Le choix des sujets est excellent, et certainement les conférenciers, d'une compétence indiscutable, pourront dissiper bien des préjugés, inculquer à leur place de saines notions scientifiques, contribuer à la diminution des causes de dégénérescence de la race, préparer les esprits à accepter les lois futures sur l'hygiène dont l'utilité sociale, indiscutable à nos yeux, fait encore doute chez beaucoup de nos concitoyens.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Conférences de 1897*, les jeudis soir à 8 h. 1/2 très précises, du 21 janvier au 18 mars, au siège de l'Association, 28, rue Serpente, Hôtel des Sociétés Savantes. — *Programme des Conférences* : 21 janvier, M. L. de Launay. Le Transvaal et ses mines d'or (avec projections). — 28 janvier, M. Hourst. Du Sénégal au Dahomey (avec projections). — 4 février, M. L. Béguin. La Locomotion automobile (avec projections par M. La Valette). — 11 février, M. Julien Lefèvre. L'Acétylène, propriétés, applications industrielles (avec projections et expériences). — 18 février, M. L. Augé de Lassus. Les grands Sanctuaires de la Grèce : Delphes, Eleusis, Epidaure, Olympie, d'après les fouilles récentes (avec projections). — 25 février, M. le Dr Gilles de la Tourette. Mesmer et la Caricature au XVIII^e siècle (avec projections). — 4 mars, M. C. M. Gariel. La Vision et la Photographie par les rayons Röntgen (avec projections et expériences). — 11 mars, M. H. Cuénot. Excursion dans le Valais : Val d'Anniviers, Evolena, Grand Saint-Bernard (avec projections). — 18 mars, M. Jacques Passy. L'industrie des Parfums (avec expériences).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE DE PARIS. — La Société médicale des Bureaux de Bienfaisance de Paris vient de constituer son bureau pour l'année 1897, de la manière suivante : président, M. Séailles ; premier vice-président, M. Gourichon ; deuxième vice-président, M. Bimsenstein ; secrétaire général, M. Le Coin ; secrétaire général adjoint, M. Billon ; trésorier, M. Kinzelbach ; archiviste, M. Meugy ; premier secrétaire annuel, M. Dufournier ; deuxième secrétaire annuel, M. Pascal ; conseil de famille, MM. Rotillon, Dusseaud et de Pradel.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le Ministre de l'Intérieur a approuvé les statuts de la Caisse des veuves et orphelins des membres de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des

médécins de France. Cette caisse nouvelle peut donc recevoir les dons et les legs qui permettront de hâter le moment où elle fonctionnera utilement.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique* :

D^r Bonnet (Noël) ; Blesson, de Montreuil-sous-Bois ; Ducor, de Paris ; Empereur, de Bourg-Saint-Maurice (Savoie) ; Girard, fabricant de produits chimiques ; Hogg (Walter-Douglas), Martel (Johannès), Parenteau, Poupon, Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Sicard, de Castres ; Violet, de Paris ; Yot, de Versailles.

Officiers d'Académie :

D^r Auvergniot, Basset, Benoit, Bolognési, Brossard, Bruchet, Bocquet, Bollivet, de Gex ; Bertrand, de Roanne ; Bessette, d'Angoulême ; Beudot, de Moloy-sur-Ignon ; Bonnefoy, de Sallanches ; Bonnetterre, de Dax ; Boussac, d'Albi ; Cambours, Carlier, Chevalier, Cornet (Paul), Coulon, Coutrest, Calmeilles, de Cazals ; Chastenet, de Puteaux ; Chevalier, de Saint-Agnant ; Coronat, de Gap ; Coutemoine, de Morteau ; Dagron, Damain, Darroux, de Lagarde ; Deltour, de Cousolve ; Dermigny, de Saint-Simon ; Dezoutière, de Decize ; Dupérié, d'Agen ; Escalle, pharmacien ; Faure-Miller, Ferrier, Furet, Fournier, de Conques ; Frelon, des Hermites ; Gourichon, Guyard, Gervais, de Saugues ; Giquel, de Vannes ; Gradelet, de Brignoles ; Gratiot, de la Ferté-sous-Jouarre ; Grosjean, de Montmirail ; Hellot, Hischmann, Hervey, de Troyes ; Isaac, Imberdis, de d'Ambert ; Jay, Josephson, Lacronique, Lancelin, Legueu, Lepicard, Liandier, Labat, de Monzac ; Lafforgue, de la Tresme ; de Lagorce, de Puteaux ; Lagrange, de Fleuris ; de Langenhagen, de Nancy ; Lecène, du Havre ; Lougnon, de Lignerolles ; M^{me} Magnus ; Mangin, Marque, Martinet, Mavrikos, Mercier, Millon, Moutier, Maguin de Château-la-Vallière ; Maltette, de Ruffec ; Menut, de Vernoi-Lefourrier ; Metoz, de l'Isle-sur-Doubs ; Mossel, de Trie ; Péchin, Petit, Philippeau, Pech, de Verrières-le-Buisson ; Piazza, de Chiavari ; Poueydebat, d'Aramits ; Poulin, d'Hautot ; Petit, médecin-major de la Garde républicaine à Paris ; Rancurel, d'Uzès ; Raynaud, des Essarts ; Reynaud, d'Aigues-Mortes ; Rieffel, Roeser, Senelier, de Mens ; Signoret, de Saint-Paul ; Soneix, de Saint-Girons ; Saintu, Soudée, Tovenaint, Verneuil, de Saint-Amand ; Vaquier, Wimpy, de Pierrepont ; Willemin.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours public** pour la nomination à deux places de **chirurgien** des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 15 mars 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 8 février 1897, et sera clos définitivement le vendredi 26 du même mois, à trois heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours** pour la nomination aux **places d'élèves internes en pharmacie** vacantes au 1^{er} juillet 1897, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Le lundi 22 mars 1897, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un concours pour la nomination aux places d'Elèves internes en pharmacie qui seront vacantes dans les hôpitaux et hospices au 1^{er} juillet 1897.

Les Elèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 8 février jusqu'au samedi 6 mars inclusivement.

COMITÉ NATIONAL FRANÇAIS D'INITIATIVE ET DE PROPAGANDE DU XI^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU (19-26 août 1897). — Les Compagnies des chemins de fer français (Ouest, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée, Est, Orléans), ont accordé une réduction de 50 0/0 aux médecins français voulant assister au XI^e Congrès international de Médecine, qui aura lieu à Moscou du 19 au 26 août prochain.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de se faire inscrire le plus rapidement possible aux bureaux du *Comité national Français*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Les bureaux sont ouverts de 9 heures du matin à 7 heures, sauf les jours fériés.

Le Secrétaire général, Marcel BAUDOUIN.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières*.

ANTISEPSIE UTÉRINE. — *Utérostyles*.

Le Propriétaire-Gérant : Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes (1).

Par M. Paul SEGOND, Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

A cette heure, l'opération de Péan a conquis sa vraie place, et bien que le souvenir de nos luttes de début soit encore trop vivant dans mon esprit, pour ne pas me donner souvent le désir de rappeler

1. Communication au Congrès de la Société de Gynécologie des États-Unis, 1896.

FEUILLETON

Les dernières applications de la Radiographie.

La découverte du professeur Röntgen, dont on pouvait présager les multiples applications, continue à tenir ses promesses. La radiographie est devenue aujourd'hui véritablement *pratique*. L'emploi de l'écran fluorescent, chaque jour plus répandu, constitue un nouveau procédé d'investigation clinique qui rend déjà des services indiscutables et dont on peut espérer plus encore. L'anatomie,

la chirurgie, la médecine ont largement mis à profit les radiations de Röntgen pendant ces derniers mois. La thérapeutique semble même devoir les utiliser heureusement.

APPLICATIONS ANATOMIQUES

MM. Ch. RÉMY et G. CONTREMOULINS ont présenté à l'Académie des Sciences une série de radiophotographies faites sur le cadavre et sur lesquelles on observe les détails anatomiques insaisissables jusqu'ici; en particulier, la disposition du système artériel jusqu'à ses plus fines divisions.

Sur une figure qui représente la main avec son avant-bras et une

le parti pris de nos premiers adversaires, je serais mal venu à revenir devant vous sur ce côté purement historique de la question. Si vous me faites l'honneur de vouloir bien attendre de moi quelques éclaircissements sur une question de pratique chirurgicale que vous connaissez déjà, pour l'avoir abordée avec ce permanent souci de ne poursuivre jamais que les vérités utiles, dont tous ici vous avez si hautement le secret, je n'ai chance de mériter un peu votre attention qu'en m'efforçant de vous imiter.

Or, parmi les questions complexes qui doivent longtemps encore rester à l'étude (indications réelles, résultats éloignés, etc.), il me semble que dans vos écrits les plus récents, votre attention s'est surtout arrêtée sur la technique même de l'intervention, ou, pour mieux dire, sur ses difficultés et sur ses complications. C'est qu'en effet cette étude des difficultés ou des dangers immédiats de l'intervention n'est pas seulement une question de médecine opératoire; sa portée est autre, et c'est elle qui, malgré tout ce que nous avons pu dire, vient encore défrayer l'argumentation des chirurgiens qui pensent encore, avec beaucoup d'entre vous, que nous donnons trop d'extension aux indications du morcellement.

Sans doute, ils ne contestent plus à l'hystérectomie vaginale sa supériorité, tant au point de vue de l'absence de toute cicatrice abdominale, qu'à celui de sa bénignité, quand elle est bien conduite; ils reconnaissent, même, l'utilité de l'ablation de l'utérus, et, à

partie du bras, on peut suivre dans leurs rapports avec le système osseux les divisions des artères, les arcades palmaires, les collatérales des doigts et jusqu'aux houppes vasculaires de la pulpe digitale. On peut suivre aussi la pénétration des artères dans le tissu osseux.

On doit à M. le professeur Marey l'idée de rendre le système vasculaire opaque aux rayons X en l'injectant avec une solution qui tienne en suspension des poudres métalliques impalpables. Le commerce livre aujourd'hui, sous le nom de bronze, une grande variété de ces poudres métal. Le véhicule choisi est la cire à cacheter commune dissoute dans l'alcool; l'injection se fait à froid.

Cette méthode donne la distribution des vaisseaux avec leur situation réelle et leurs rapports que la dissection altère toujours; pour bien faire saisir les différents degrés de profondeur des plans vasculaires, il faut avoir recours à des épreuves stéréoscopiques dont l'aspect est saisissant.

Sur ces mêmes figures, grâce au tube Collardeau et à la bobine Gaiffe, les contours sont d'une netteté parfaite, ainsi que les détails de la structure des os.

L'une de ces figures représente la moitié inférieure du corps d'un fœtus humain sur laquelle se détermine fort bien la position des points d'ossification.

Sur une autre figure, représentant

cet égard, il n'est pas sans intérêt de noter que l'argumentation actuelle de tous les partisans de l'ablation de l'utérus, par la laparotomie, en cas d'annexites, est en tout point conforme à celle que nous soutenions pour faire triompher l'opération de Péan, mais ils persistent à penser que le morcellement vaginal ne conserve ses avantages que dans les cas simples et, pour peu qu'une suppuration pelvienne soit trop complexe ou qu'un fibrome soit trop volumineux, ils pensent que nous avons tort de passer par le vagin. Or, comme je suis depuis longtemps de ceux qui contestent cette manière de voir, j'ai donc toutes les bonnes raisons possibles de reprendre avec vous ce côté particulier de l'argumentation, en vous disant quels sont, au point de vue des difficultés ou des dangers de l'intervention, les enseignements de ma pratique, pratique assez étendue, car j'ai fait, à cette heure, près de 600 hystérectomies par la méthode de Péan. J'ajoute que, pour ne pas allonger outre mesure cette communication, je m'en tiendrai à l'étude des faits concernant l'hystérectomie pour fibromes et l'hystérectomie pour phlegmasies péri-utérines.

Enfin, pour éviter tout malentendu, permettez-moi de bien spécifier que j'entends parler seulement ici de l'hystérectomie vaginale, pratiquée d'après la méthode imaginée par Péan. Cette précaution peut vous sembler superflue, et cependant je la crois nécessaire. A l'heure actuelle, on paraît, en effet, trop souvent oublier le nom

la moitié du maxillaire inférieur d'un enfant de sept ans, on voit nettement quatre molaires avec leur couche d'émail, de ciment, la dentine, la pulpe dentaire et les canaux des nerfs, tandis que, à la base de la branche montante, la dent de sagesse, dans son alvéole close, attend l'heure de son éruption.

.*.*

MM. M. DESTOT et L. BÉRARD (de Lyon), en combinant l'emploi des rayons X avec celui du stéréoscope, ont pu, par une méthode logiquement combinée d'injections métalliques, éclairer les points restés obscurs de la circulation des divers organes.

Pour ce qui concerne la *circulation*

du rein, ces recherches les ont conduits aux conclusions suivantes :

1° La circulation artérielle du rein est lobaire et terminale. Elle permet de distinguer un rein antérieur et un rein postérieur, sauf, toutefois, pour l'artère du lobe supérieur qui se divise souvent en deux branches, telles qu'en l'injectant on injecte toute l'extrémité supérieure du rein ;

2° L'artère interpyramidale se divise par dichotomie fausse au niveau de la substance corticale, mais ne s'anastomose pas avec la collatérale : il n'existe pas de voûtes artérielles vraies ;

3° Les artères, émettant immédiatement une foule de capillaires, se rendent aux glomérules sans passer par des intermédiaires multiples ;

du véritable créateur de la méthode, ou du moins, si l'on s'en tenait à plus d'un écrit récent, on serait tenté de croire que certains procédés dits nouveaux sont à ce point perfectionnés qu'ils ont droit de priorité ou de méthode, ce qui est parfaitement inexact. Partant, il n'est pas inutile de remettre les choses à leur vrai point. Les manières de faire de tel ou tel chirurgien ne sauraient se ressembler absolument, mais il n'en résulte pas que chacune de ces manières de faire soit un procédé nouveau; ce ne sont que des adaptations personnelles. En soulignant cette vérité, je ne fais qu'un acte de simple justice, sans porter aucunement atteinte au mérite ou à l'habileté des chirurgiens, maintenant nombreux, qui pratiquent et perfectionnent chaque jour l'opération de Péan. Qu'il soit donc bien entendu que la méthode de Péan est une. Cette méthode comprend toute une série de manœuvres particulières dont le but est, soit de morceller l'organe (évidements conoïdes, résections transversales, etc.), soit de détruire l'action de ses ligaments suspenseurs (hémisection, section totale antéro-postérieure, etc.); chacun doit connaître ces manœuvres et les varier suivant les cas particuliers, mais, qu'on le sache bien, pas une d'elles ne peut être invariablement appliquée dans tous les cas et ne mérite le rang de méthode. Ceci posé, j'aborde directement mon sujet.

Je ne vous rappellerai pas le manuel opératoire du morcellement en cas de lésions annexielles; il est décrit dans la thèse que

4° Les artères de la pyramide naissent des glomérules;

5° Les veines s'anastomosent facilement, et l'on peut injecter le rein en totalité par un seul petit vaisseau.

Pour le corps thyroïde, les auteurs ont constaté la présence d'anastomoses artérielles péricapsulaires assez constantes et volumineuses; anastomoses intra-parenchymateuses plus rares, beaucoup plus fines, mais à peu près de règle, permettant l'injection par regorgement des différentes artères d'origine distincte: en somme, territoires artériels mal définis.

Pour l'utérus, le tronc de l'artère utérine fournit, comme l'admettent tous les auteurs, des branches à l'uretère, à la paroi postérieure et au

bas-fond de la vessie, au vagin, avant de remonter sur les côtés de l'organe; les branches vaginales, très variables de volume, sont toujours plus importantes sur la paroi postérieure du vagin; les branches antérieures arrivent, chez certains sujets, jusqu'à la vulve pour fournir aux clitoridiennes. La disposition hélicine des artérolles de la trompe et de l'ovaire apparaissait avec une netteté admirable. Sur les coupes transversales d'un utérus à artères injectées finement, contrairement à l'opinion courante suivant laquelle on peut sectionner sans crainte l'utérus sur la ligne médiane au cours de l'hystérectomie vaginale, sous prétexte qu'en ce point n'existe à peu près aucune artère, les

vous connaissez tous, celle de mon élève, M. le Dr Baudron. Mais, pour les fibromes, je crois utile de vous retracer en peu de mots les lignes principales de l'intervention, telle que je la conseille, après m'être instruit moi-même à la pratique de Péan.

Laissant de côté les cas bien exceptionnels dans lesquels l'exiguïté du vagin empêche le morcellement d'un fibrome (pour ma part j'ai enlevé des fibromes à des vierges et je pourrais dire que presque jamais jusqu'ici, l'exiguïté du vagin ne m'a empêché de conduire à bien un morcellement), trois cas principaux peuvent se présenter :

Dans un premier groupe de faits, il s'agit de fibromes pelviens et notamment de fibromes du ligament large qui refoulent l'utérus vers l'un des points de l'enceinte pelvienne et bombent fortement dans le fond du vagin. C'est donc au fibrome qu'on doit s'attaquer tout d'abord, l'hystérectomie vient ensuite et n'est alors qu'un temps complémentaire fort simple. Dans un deuxième groupe, la masse néoplasique siège au-dessus de l'utérus, qu'elle refoule vers le bas, et les rôles sont en quelque sorte renversés; l'hystérectomie est préliminaire, c'est par elle qu'il faut commencer pour atteindre les fibromes. Dans un troisième groupe enfin, et celui-ci répond à la majorité des cas, le ou les fibromes sont intra-utérins, et par conséquent le morcellement de l'utérus doit marcher de pair avec l'hystérectomie; l'hystérectomie est en un mot simultanée. Mais laissons de côté ces éventualités dont les conséquences opératoires

coupes démontrent, au contraire, que sur toute l'épaisseur de l'organe, la distribution des artères est la même : branches hélicines partant de rameaux périphériques et plongeant concentriquement vers la muqueuse. Si les branches de la région médiane donnent moins de sang que les périphériques, c'est qu'elles sont intra-parenchymateuses et, par conséquent, étranglées dès leur section par les ligatures vivantes du muscle utérin.

APPLICATIONS CHIRURGICALES

M. DESTOT a fait la radiographie du poignet d'une jeune fille dans le but de savoir si elle était atteinte d'ar-

thrite ; à l'union du carpe et du métacarpe, on observe une tache nuageuse correspondant à une raréfaction du tissu osseux. Il s'agit donc d'une ostéo-arthrite.

Il a aussi présenté la radiographie d'un pied, obtenue à travers la chaussure. Il s'agit d'un homme atteint de métatarsalgie douloureuse. Les rayons de Roentgen montrent l'existence d'une apophyse anormale au côté interne de la tête du quatrième métatarsien, apophyse qui, comprimant un flet nerveux, est l'origine des douleurs ressenties par le malade.

M. Destot a modifié le tube de Collardot qui est très petit, de la

se comprennent aisément et n'envisageons que les cas ordinaires, ceux dans lesquels on peut s'attaquer d'abord au col. Voici dans quel ordre j'ai coutume de faire succéder mes manœuvres :

Incision du vagin au bistouri; libération du col sur ses deux faces avec ouverture du cul-de-sac postérieur; mise en place de deux pinces à mors courts sur les deux utérines; section de la base des ligaments larges; résection du col; fixation de la paroi utérine postérieure avec une forte pince; enfin, attaque et morcellement du corps utérin sans hémostase préalable; d'habitude, l'hémisection de la portion de paroi accessible, l'évidement conoïde au bistouri ou les résections de forme variable permettent d'arriver sans encombre à la bascule antérieure de l'organe, et l'opération s'achève dans les meilleures conditions possibles. Bien entendu, ceci n'est qu'une sorte de schéma opératoire qu'il faut savoir varier suivant les cas particuliers; mais, tel qu'il est, sachez bien qu'il répond à des ressources opératoires assez complètes pour nous permettre de donner une extension remarquable aux indications du morcellement.

Je pense, en effet, et je tiens particulièrement à vous en convaincre, je pense, dis-je, que le morcellement bien conduit ne permet pas seulement de s'attaquer à des fibromes de petit ou de moyen volume et qu'il reste l'opération de choix, tant que le niveau supérieur de la masse morbide ne dépasse pas le niveau de l'ombilic. C'est, vous le savez, la thèse que j'ai défendue au dernier Congrès français de chirurgie, en m'appuyant sur une série de

grosceur d'une cigarette, et qui donne des irradiations très fines. Il emploie un tube en S surmonté d'une grosse ampoule; il obtient ainsi de belles radiographies. Actuellement, l'appareil le plus employé est le tube de Rigi, qui est très bon marché.

L'auteur pense que les rayons X sont doués d'une grande pénétration et sont susceptibles d'exercer une influence trophique sur l'économie.

*, *

M. ALBERTIN, de Lyon, a fait radiographier une malade présentant tous les symptômes d'une ostéite du squelette du pied, mais dont il était diffi-

cile de reconnaître le siège précis. La photographie obtenue fit voir qu'à l'extrémité du troisième métatarsien la tête de l'os était séparée de la diaphyse isolée sous forme de séquestre. La portion diaphysaire voisine présentait un renflement en massue qui était le résultat de l'ostéo-périostite. Enfin la cavité articulaire de la phalange du doigt correspondant était évidée, augmentée de profondeur.

Grâce à ces données, il a été facile d'aller directement sur la tête du métatarsien, que l'on trouva isolée et libre dans une cavité tapissée par des fongosités; elle n'avait aucune

66 cas prélevés sur ma statistique générale d'hystérectomies pour fibromes et ne comprenant que les cas dans lesquels la masse morbide à morceller pesant de 1.000 gr. à 4 kilos, remontait plus ou moins franchement au niveau de l'ombilic. Ces 66 observations m'ont donné 59 guérisons et 7 morts, dont le détail est publié dans les bulletins de notre Congrès. Comme je le disais dans cette communication, par le temps qui court, il est pour le moins osé de s'appuyer sur une statistique comprenant autre chose que des succès impeccables, mais, pour toutes les raisons que j'ai développées dans le travail dont je vous parle, je persiste à penser que, telle quelle est, ma statistique est suffisante pour démontrer que le morcellement vaginal se présente avec les caractères d'une opération sûre et rationnelle, à cette seule condition que la masse ne dépasse pas le niveau de l'ombilic.

Et, puisque je parle de mortalité, laissez-moi vous dire incidemment que, tout en admirant beaucoup les statistiques d'hystérectomies qui n'accusent qu'une mortalité de 2 à 3 0/0, je persiste à penser qu'elles ne traduisent pas la réalité et, qu'à les considérer comme autre chose que des séries exceptionnelles, on s'exposerait à d'assez graves mécomptes. Sans doute, il est bien vrai que dans les cas simples de lésions annexielles, par exemple, la mortalité peut être voisine de 0 0/0, mais quand nos opérées sont de grandes malades, on s'abuserait étrangement en pensant qu'il peut en être de même, et l'hystérectomie, pas plus que la laparotomie, ne conserve le droit d'immunité. Quant aux fibromes, ils ont, à mon

adhérence au tissu voisin, présentant les caractères du séquestre blanc mat.

L'opérateur a présenté à la Société de médecine de Lyon les deux portions osseuses enlevées, qu'il a superposées sur la silhouette du squelette calquée sur la photographie. On a pu voir l'exactitude rigoureuse des indications fournies par l'épreuve de Röntgen. Il y avait corrélation absolue entre les parties malades décelées par la photographie et les pièces enlevées.

..

M. PÉAN a utilisé les radiographies

de Röntgen pour constater la situation d'une pièce de monnaie avalée par un enfant; il s'est servi de l'œsophagotomie externe pour arriver sur l'œsophage et il a fait cheminer avec le doigt la pièce de monnaie de bas en haut pour faciliter son extraction par la bouche avec une pince de Collin.

Il a insisté sur la difficulté de reconnaître la présence des corps étrangers par les moyens habituels, lorsque les enfants continuent à avaler les liquides et ne se plaignent d'aucune douleur.

Et il a fait ressortir les avantages que donne au chirurgien la radiographie, non seulement pour lui

avis, moins encore que les lésions annexielles, le privilège de nous laisser escompter l'invariabilité du succès. Je me suis expliqué sur ce point au dernier Congrès de chirurgie et je n'y reviens pas ; mais, quoi qu'on puisse dire, je reste convaincu que, chez les femmes atteintes de fibromes, la laparotomie comme l'hystérectomie seront toujours des interventions assez sérieuses pour que notre premier devoir soit toujours d'en discuter les indications avec la plus extrême sévérité. Mais je reviens à mon sujet.

Par ce qui précède, je vous ai dit comment le *volume* n'est pas une contre-indication du morcellement, toutes les fois que ce volume ne dépasse pas les limites précitées. On m'a souvent riposté qu'ainsi posée, la formule était insuffisante et que, à côté des considérations tirées du niveau supérieur de la masse néoplasique, beaucoup d'autres facteurs, tels que les dimensions du vagin, celles du bassin, la largeur de l'utérus, etc., devraient entrer en ligne de compte. C'est parfaitement juste. Il est bien clair que le morcellement d'un fibrome peut avoir ses causes de dystocie, si je puis ainsi dire, et qu'un utérus fibreux comblant les deux fosses iliaques sera plus dur à morceler qu'une masse fibreuse mobile autant qu'étroite. Mais ce sont là des vérités trop évidentes pour figurer dans la formule générale d'une indication, d'autant que, jusqu'ici, la grande largeur d'un fibrome, ses adhérences ou l'exiguïté de la voie choisie pour l'extraire ne m'ont jamais arrêté. Sans méconnaître aucunement les démentis que les surprises cliniques réservent aux assertions trop absolues, j'en reste donc à la formule

permettre de reconnaître la présence du corps étranger, mais encore pour découvrir le lieu précis où celui-ci est arrêté et où il convient d'opérer pour procéder à son extraction.

* *

M. CH. RÉMY a signalé les services que pourra rendre la radiographie comme moyen de diagnostic dans les affections chirurgicales des enfants. Leurs membres légers et leurs corps délicats se laissent traverser avec facilité, et les parties osseuses étant plus rapprochées de l'écran qui reçoit leur projection, il en résulte que

l'image est moins grande, plus nette et plus rapprochée de la vérité.

Si la durée de la pose était au début une difficulté, cette durée a pu être réduite. La méthode trouvera son emploi particulièrement dans la recherche des corps étrangers, dans le diagnostic de la pleurésie, les tumeurs des os, les décollements épiphysaires, les fractures sous-périostiques, les arrachements d'esquilles par les ligaments, etc.

Dr MEIGE.

que j'ai proposée et, je vous le répète, elle est suffisante pour l'immense majorité des cas.

Parmi les autres objections qu'on peut faire au morcellement, en se basant sur ses difficultés ou ses complications, je dois, me semble-t-il, tenir seulement compte de celles qui visent les *blessures viscérales* (vessie, uretères, intestin), et les *hémorrhagies*. Je sais bien que ces objections ne sont pas les seules. La *friabilité* particulière du tissu utérin, par exemple, mérite considération. Rare dans les fibromes, on la rencontre surtout en cas de lésions inflammatoires, notamment dans les lésions post-puerpérales, et les difficultés qu'elle nous réserve alors sont telles, que j'ai, tout le premier, conseillé de ne jamais tenter l'hystérectomie vaginale dans les cinq ou six semaines qui suivent l'accouchement. Comme complication particulière au manuel de l'opération de Péan, je devrais aussi parler de l'*occlusion intestinale* post-opératoire, complication grave dont mon élève, M. Giresse, vient dernièrement de faire l'histoire dans sa thèse inaugurale.

Un autre reproche fait au morcellement vaginal concerne les *hernies vaginales* consécutives, dont il serait, dit-on, coupable; accusation qui est, à mon avis, dénuée de tout fondement, car chez les femmes qui ont, bien entendu, un périnée suffisant, je puis dire que jamais je n'ai rencontré la complication en question. Mais, si intéressantes que puissent être ces têtes de chapitre, je ne puis que vous les signaler, sous peine d'abuser beaucoup trop de votre temps, et je veux réserver les quelques instants dont je puis encore disposer aux *hémorrhagies et aux blessures viscérales* en m'efforçant de vous démontrer que ces complications sont faciles à éviter, lorsqu'on manœuvre comme il convient, et qu'elles doivent être, par conséquent, considérées comme des complications beaucoup trop rares pour nuire à l'opération.

Commençons, si vous le voulez bien, par les blessures de la *vessie et de l'uretère*.

Les blessures de la *vessie* sont possibles, soit au début même de l'intervention, soit au cours des manœuvres consécutives. Au début, c'est en incisant le vagin pour libérer la lèvre utérine antérieure, qu'on risque d'intéresser la vessie. Plus tard, le danger provient surtout soit d'une forcipressure défectueuse, soit de l'emploi maladroit ou trop brutal des valves destinées à la protection de la vessie. Il me paraît donc assez facile de réduire au minimum la fréquence de la complication en question. Au début, la plus légère attention suffit. En mobilisant un peu le col, on reconnaît aisément le point où

doit porter l'incision vaginale, sans qu'il soit jamais besoin de recourir au cathétérisme pour se reconnaître. Le décollement se fait ensuite soit à l'aide de l'ongle du pouce, soit avec un instrument mousse dans les meilleures conditions possibles de sécurité. L'important, c'est de faire ce décollement bien au ras du tissu utérin, que l'on rugine pour ainsi dire, et surtout de le faire très largement sur les parties latérales. Grâce à cette dernière précaution, rien n'est plus simple que de placer les deux premières pinces sur les artères utérines, tout contre le col, avec la certitude d'éviter la vessie. Quant au cul-de-sac péritonéal, je ne m'attarde pas à le rechercher dans ce premier temps. Son ouverture doit se faire au temps suivant, quand le col est entièrement libéré et qu'on s'attaque au corps même de l'organe. C'est la seule manière de se réserver la possibilité de faire des hystérectomies extra-péritonéales, dans les cas de pelvi-péritonites à larges adhérences.

Plus tard, la vessie n'est réellement en danger que par la manœuvre des écarteurs introduits entre le corps utérin et la vessie, dans le but de protéger cette dernière. Le remède est donc bien simple; il faut se garder de fourgonner à l'aveugle et se contenter de récliner doucement les parties molles au devant de l'utérus, de les râtisser, dirais-je volontiers, à l'aide d'un écarteur à valve courte. De la sorte, on n'a pas seulement l'avantage de n'exposer ni la vessie, ni l'uretère, mais encore on ne rétrécit pas son champ d'action et on a plus de place. En procédant comme je viens de vous le dire, je n'ai, pour ma part, blessé la vessie que dix fois tout au plus. Aussi bien suis-je en droit de dire cette complication rare. Dans les cas dont je vous parle, je n'ai jamais reconnu la blessure vésicale qu'à la chute des eschares; j'ai donc guéri mes malades par une intervention secondaire. Une seule fois, j'ai reconnu la blessure au cours de l'intervention et j'ai pu la fermer séance tenante. Quant à la guérison spontanée, je ne l'ai jamais observée.

La blessure de l'uretère est bien autrement grave que la précédente; mais par bonheur, lorsqu'on procède comme il convient, j'estime qu'on peut la considérer comme tout à fait exceptionnelle. Pour ma part, sur un total de 600 hystérectomies, je n'ai blessé l'uretère que deux fois.

Dans les *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris* de l'an dernier, j'ai donné les détails voulus sur les précautions à prendre pour éviter cette complication et, sans doute, vous en avez pris connaissance. Permettez-moi cependant de vous les résumer en peu de mots. La blessure de l'uretère dont on ne fait jamais le diag-

nostic qu'à la chute des eschares, peut se produire de deux façons différentes. Tantôt elle se fait au cours du morcellement du corps utérin, et, comme pour la vessie, ce sont les écarteurs mal placés ou trop brutalement manœuvrés qui sont coupables. Nous pouvons donc négliger ce premier mécanisme, puisque, je vous l'ai dit, nous avons tout avantage à ne pas introduire profondément nos écarteurs à ce moment de l'opération. Tantôt, et c'est la règle, elle se produit au début de l'opération, alors qu'on place les deux premières pinces sur les utérines. Aussi bien, quelques opérateurs ont-ils pensé qu'il serait tutélaire pour l'uretère de faire l'opération de Péan sans pincement préalable des utérines et par conséquent sans amputation du col. Je suis, pour ma part, d'un avis absolument opposé.

Le pincement préalable des utérines donne une grande sécurité sans que les deux pinces ici nécessaires soient le moins du monde encombrantes. Quant à l'amputation du col, elle nous fait de la place et nous permet une amarre solide sur le corps même de l'organe. Enfin, et j'insiste beaucoup sur ce point, *la complète libération préalable du col* est le plus sûr moyen d'éviter la blessure de l'uretère. Si l'uretère conservait toujours, vis-à-vis du col, les distances que lui assignent l'anatomie normale, il serait pour ainsi dire impossible de le blesser, quel que soit le procédé employé. Mais en pratique, il faut oublier cette distance et faire comme si l'uretère était directement accolé contre l'utérus, ce qui est du reste bien souvent la règle en cas de fibromes. En outre, il faut se souvenir que, tant que le col n'est pas libéré, l'uretère le suit dans ses mouvements de descente. Dans ces conditions, n'est-il pas évident que, pour protéger sûrement l'uretère, notre plus sûre précaution soit de le chasser, dès le début, de notre champ d'action. A mon avis, cette question ne fait pas l'ombre d'un doute et, par conséquent, voici le conseil opératoire très formel que je donne : Commencer toujours par la libération et l'amputation du col, après pincement des utérines ; placer ses pinces bien au ras du tissu utérin, et surtout, ne procéder à ce pincement qu'après avoir décollé les parties molles pré-utérines largement et très soigneusement, *surtout sur les parties latérales*. Cela fait, on peut continuer l'opération en toute sécurité, les uretères, refoulés au loin, n'ont plus aucune connexion utérine et leur blessure est désormais impossible.

(à suivre)

REVUE DE LA PRESSE

Les métrorrhagies de l'adolescence.

A la *Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes*, M. Bécigneul a présenté dernièrement une intéressante observation de *métrorrhagie chez une fillette de 13 ans*.

Cette jeune fille avait été réglée pour la première fois le 4 octobre 1895 : elle avait alors 13 ans et 2 mois ; elle n'éprouva pas à ce moment le moindre malaise. Pendant quinze jours elle perdit beaucoup de sang très rouge, contenant quelques caillots rendus sans coliques. Le sang fut huit jours sans reparaitre, puis les pertes recommencèrent avec la même intensité que la première fois ; après quinze jours d'une ménorrhagie continue et abondante, les parents alarmés firent appeler M. Bécigneul.

Cette jeune fille, qui n'offrait d'ailleurs aucun des caractères de la puberté, ne présente à l'examen rien qui pût expliquer l'hémorrhagie, pas le moindre symptôme d'affection locale ou générale.

Ni le décubitus dorsal, ni les injections d'ergotine ne produisirent de résultats. Des signes alarmants d'anémie ayant apparu, les parents consentirent à ce que le toucher vaginal fût pratiqué : il ne révéla qu'un utérus petit, mobile, insensible, le col légèrement entr'ouvert, de dimensions et de consistance normales, en un mot, tous les organes génitaux internes sains dans toutes leurs parties. Mais on put dès lors faire des injections vaginales chaudes à 45°, et ce jour même, le 28 octobre, les pertes s'arrêtèrent. Jusqu'au 5 novembre rien. Le 6, la malade s'étant levée, l'hémorrhagie reparait et continue jusqu'au 12, malgré le traitement qui est rétabli (injections vaginales chaudes et injections hypodermiques d'ergotine). Le 12, arrêt. On continue malgré tout les injections vaginales pendant un mois que la malade passe au lit, et les pertes disparurent définitivement.

Le 10 janvier 1896, les règles reparaissent, très peu abondantes, pendant une seule nuit. Pendant les trois mois qui suivent, la santé se maintient parfaite et la menstruation s'interrompt ; mais depuis et jusqu'à ce jour, les règles n'ont manqué que deux fois, leur durée est de 3 à 4 jours, et leur quantité n'a plus rien d'excessif.

Le diagnostic étiologique et pathogénique de la métrorrhagie chez les adolescents peut présenter souvent de grandes difficultés.

Il a fallu éliminer ici, l'une après l'autre, toutes les causes qui relèvent d'une mauvaise constitution et d'un mauvais état général. La malade n'était, en effet, ni chlorotique, ni syphilitique, ni hémophile, ni diabétique, ni albuminurique, n'avait subi aucune intoxication, n'avait jamais eu aucune maladie infectieuse, n'avait aucune lésion cardiaque ni hépatique. L'examen des organes génitaux fit de même éliminer

chez elle toutes les causes ordinaires de métrorrhagie, depuis la métrite hémorragique, les polypes, les fibromyomes, les cancers et même la fausse couche inclusivement. Il n'existait non plus aucune trace d'un traumatisme quelconque.

La marche des accidents a prouvé, d'ailleurs, qu'il fallait en expliquer autrement la pathogénie.

Pour les auteurs, ces métrorrhagies de cause inconnue doivent trouver leur raison d'être dans une excitation réflexe ayant pour point de départ les organes génitaux, et, en particulier, les annexes, indépendamment de toute lésion appréciable, et par simple trouble nerveux.

L'observation de M. Bécigneul vient donc grossir le nombre de ces hémorrhagies utérines qu'on a appelées, faute de mieux, métrorrhagies de l'adolescence, et dont on ignore, en définitive, l'étiologie et la pathogénie.

Comme traitement à leur opposer, on a conseillé tous les hémostatiques et toutes les interventions plus ou moins directes, comme la dilatation, le massage, le curettage, l'électrisation de l'utérus, l'ablation des annexes, etc., et tout cela souvent sans résultat. Dans le cas de M. Bécigneul, les irrigations vaginales à 45° ont suffi.

Dans la discussion qui a suivi la communication de M. Bécigneul, M. Vignard émit l'idée que, peut-être, ces métrorrhagies pourraient être causées par un fibrome d'assez faible volume pour échapper à la curette. Ce qui le fit parler ainsi, c'est que si on interroge les femmes adultes qui ont des fibromes, sur le début de leurs règles, elles apprennent souvent que ces dernières ont été marquées par une abondance qui rappelle les métrorrhagies dont il est question.

Cette hypothèse fut combattue par M. Maurice Bureau qui fit observer que dans le cas où les métrorrhagies se produisent dès l'enfance, elles atteignent le plus souvent d'emblée leur maximum d'intensité pour décroître ensuite jusqu'à la parfaite régularité des époques. Tandis que chez les femmes qui ont des fibromes, ce n'est que peu à peu que se produisent les métrorrhagies qui deviennent de plus en plus abondantes à mesure que s'accroît le fibrome.

La bicyclette chez la femme.

M. Theilhaber, le gynécologue allemand bien connu, a publié récemment (*München, med. Wochenschr.*, 1896, n° 48) un véritable plaidoyer en faveur de la bicyclette chez la femme, en réduisant à leur juste valeur les objections qui ont été faites par certains médecins, à ce genre de sport chez la femme.

M. Theilhaber fait tout d'abord remarquer, avec beaucoup de justesse, que les conditions qui font de la bicyclette un exercice hygiénique et gymnastique de premier ordre pour l'homme, persistent entières quand il s'agit de la femme. Dans la course modérée, qui seule doit être de

mise, on fait travailler non seulement les muscles des membres inférieurs, mais encore ceux des membres supérieurs, qui tiennent le guidon, et ceux du tronc, qui assurent l'équilibre. Ce travail musculaire, relativement exagéré, provoque une accumulation d'acide carbonique dans le sang, d'où respiration plus fréquente et circulation du sang plus vive, ayant pour résultat la fortification des muscles respirateurs et du myocarde. Pour jouir de tous les avantages physiologiques que comporte l'usage de la bicyclette, la femme ne doit pas faire plus de 15 à 18 kilomètres à l'heure, ni plus de 50 à 60 dans la journée.

On dit que la bicyclette congestionne l'appareil génital de la femme, et lui sert quelquefois comme procédé de masturbation. Pour ce qui est de la congestion génitale, l'auteur a constaté que les règles ne sont pas plus abondantes chez les femmes bicyclistes que chez les femmes qui ne s'en servent pas ; quant à la masturbation, il pense que la tension d'esprit nécessaire pour diriger la bicyclette est telle que la femme ne peut physiquement pas se laisser aller à ses sensations. Ce qui est certain, aussi bien pour l'homme que pour la femme, c'est que la bicyclette exerce une action favorable sur les fonctions génitales, mais indirectement, par un mécanisme analogue à celui des bains de mer ou du séjour à la campagne, dans la montagne ou dans les forêts, c'est-à-dire en tonifiant tout l'organisme et le système nerveux en particulier.

On a encore soutenu que, chez les jeunes filles, l'usage de la bicyclette pouvait amener une hypertrophie telle des muscles pelvi-génitaux qu'en cas d'accouchement ultérieur, la sortie de l'enfant pouvait rencontrer des obstacles sérieux. D'après les observations de l'auteur, ces craintes sont tout à fait illusoires.

Parmi les affections sur lesquelles la bicyclette exerce une action favorable, chez l'homme aussi bien que chez la femme, l'auteur cite le catarrhe bronchique chronique, la pleurésie adhésive ancienne, la phthisie torpide, certaines affections du cœur et, en premier lieu, la neurasthénie et l'hystérie. D'autres ont signalé les bons effets de la bicyclette dans la névralgie des nerfs isolés (sciatique, névrite alcoolique). L'usage modéré de la bicyclette rend encore, d'après l'auteur, de grands services dans la chlorose, la goutte, les dyspepsies nerveuses, l'atonie de l'intestin.

Parmi les affections gynécologiques qui peuvent profiter de l'usage de la bicyclette, l'auteur cite l'aménorrhée des chlorotiques, la dysménorrhée des nerveuses, l'endométrite catarrhale, les positions vicieuses de l'utérus, les légers prolapsus avec périnée intact. Par contre, l'usage de la bicyclette doit être proscrit dans l'endométrite hémorragique, la gonorrhée, les tumeurs de l'utérus et des ovaires, pendant la grossesse et les premiers mois qui suivent l'accouchement.

NOUVELLES

Par décret, en date des 5 et 16 février 1897, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Simonis-Empis, ancien président de l'Académie de Médecine.

Au grade d'officier. — M. Ranvier, professeur au Collège de France, membre de l'Institut ; M. le docteur Guyot, médecin à Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Boyer, médecin-major de première classe au 112^e d'infanterie ; Dureau, bibliothécaire de l'Académie de Médecine ; Em. Barrault, médecin de la prison de la Santé ; Hellet, maire de Clichy ; Schwartz, professeur agrégé, chirurgien à Cochin ; Decorì, médecin à Paris, président de la Société philanthropique « la Corse » ; Philip, maire de Grasse ; Cros, médecin inspecteur des Eaux de Lamalou-les-Bains ; Benoist, médecin en chef de l'hospice de Granville ; Couvreur, médecin à Gondécourt ; Bouteiller, membre du Conseil général de l'Orne ; Joal, médecin au Mont-Dore ; Pasturaud, médecin à Étampes ; Tafforin, membre du Conseil général de la Vienne ; Chénieux, directeur de l'École de Médecine de Limoges.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'assemblée générale annuelle de la Société centrale a eu lieu dimanche 14 février, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, sous la présidence de M. Bucquoy. Après l'allocution du président, le rapport du secrétaire, M. Thibierge, on a entendu le rapport du trésorier.

L'assemblée a procédé ensuite à l'élection du vice-président et de onze membres de la commission administrative. M. Motet a été élu vice-président.

M. Lannelongue, président sortant, a été réélu président de l'Association générale.

Le jury du concours pour 3 places de médecins des hôpitaux est ainsi composé pour le moment :

MM. Charrin, Empis, Variot, Gilbert, Chantemesse, Babinski, Félizet.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours** pour la nomination à trois places d'internes en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise), pour entrer en fonctions : les deux premiers le 1^{er} avril 1897, et le troisième le 1^{er} octobre suivant. — Le jeudi 18 mars 1897, à midi, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de

l'Administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un Concours pour la nomination à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brevannes.

Le registre d'inscription sera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le jeudi 18 février 1897, jusqu'au samedi 6 mars inclusivement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Prix Fauré. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix, d'une valeur de 300 francs, devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet intéressant l'hygiène de la population peu aisée, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Indiquer les meilleures dispositions à donner à une crèche, présenter les plans, décrire le mobilier et l'organisation intérieure et médicale.

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, Secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 28 février 1898, limite de rigueur. Les Membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antiseptie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing.*

ANTISEPTIE UTÉRINE. — *Utérostyles.*

Véritables GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AVIS AUX ABONNÉS

L'administration du Journal a l'honneur de prier MM. les Abonnés français, de vouloir bien lui adresser, sans retard, le renouvellement de leur abonnement, ou de la prévenir, au cas où ils désireraient cesser de recevoir le Journal.

Les quittances, augmentées de 0 fr. 50 pour frais de recouvrement, seront présentées dans les premiers jours de Mars.

Les abonnés de l'Etranger qui n'auraient pas envoyé de mandat-poste international ou toute autre valeur, à l'Administrateur du Journal, 12, rue de Châteaudun, Paris, ou fait acquitter le montant de leur abonnement par un libraire-commissionnaire d'ici au 15 Mars prochain, ne recevront plus le Journal à partir de cette époque. Les Abonnés russes peuvent nous adresser trois roubles en papier-monnaie.

FEUILLETON

Doctresses aux Indes.

Fidèles observatrices d'une religion et de mœurs séculaires, les femmes de l'Inde préfèrent mourir, plutôt que de confier leurs souffrances à un homme. Elles languissent et meurent dans les zenanas, sans espoir de guérison ou de soulagement. Dans les cas les plus graves, cachées derrière un rideau, elles montreront seulement leur main au médecin indigène ou européen. Sauf dans les classes pauvres et laborieuses, elles ne peu-

vent prendre aucun exercice toutes sont privées aux moments critiques de soins éclairés, et soignées seulement par des matrones ignorantes.

Cet état de choses a subsisté sans la plus légère tentative d'amélioration jusqu'en 1869. A cette époque, une doctresse, l'Américaine miss Clara Swain, venait la première s'établir aux Indes, et son exemple était peu à peu suivi par d'autres doctresses anglaises et américaines. Puis commençait à apparaître dans les grandes villes un mouvement intéressant en faveur de l'éducation médicale des femmes (1880). Les collèges médicaux les admettaient à suivre leurs cours et organisaient des classes d'accou-

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes.

Par M. Paul SEGOND, Chirurgien des hôpitaux,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.

(suite)

J'en arrive aux *blessures intestinales* et aux *hémorrhagies*.

Lorsqu'il n'y a pas de pelvi-péritonite dans le cul-de-sac de Douglas, il me paraît impossible de blesser le *rectum*. Dans les conditions inverses, il convient d'être plus prudent. Une fois, par exemple, dans un cas de pelvi-péritonite très grave, il m'est arrivé d'entrer d'emblée dans le rectum, en incisant le cul-de-sac postérieur, mais c'est le seul accident de cette nature qui soit à mon passif. D'habitude, et toujours en cas de pelvi-péritonite, c'est dans les derniers temps du décollement postérieur qu'on intéresse l'intestin ; tantôt avec les doigts, tantôt avec la valve d'un écarteur. D'autant qu'en pareilles circonstances, les parois rectales sont souvent très amincies, à moins qu'elles ne soient déjà perforées par le pus. Les règles à suivre pour ne pas perforer le rectum, ou bien encore pour ne pas augmenter une solution de continuité pré-existante, se résument donc à ceci : Décoller au doigt, très pru-

chement. Quelques brahmistes, converties et parsies, prirent leurs inscriptions et obtinrent différents diplômes d'ordre secondaire. Enfin, l'on fonda quelques hôpitaux spéciaux pour les femmes. En 1883, à Bombay, une société de natifs éclairés votait des fonds ; 1° pour faire venir des doctresses d'Angleterre ; 2° pour fonder un dispensaire qu'elles dirigeraient ; 3° pour créer un hôpital de femmes et d'enfants ; 4° pour s'occuper de l'éducation médicale des femmes à Bombay et leur fournir des bourses.

Dès 1886, le « Cama Hospital » (du nom de son bienfaiteur, le parsi Pestonjee Cama), était inauguré et confié

au gouvernement. La doctresse Pechey Phipson, de la faculté de Berne, en obtint la direction. C'était la première femme à laquelle était confié un poste dans l'« Indian Medical Department ».

Cependant les cours des collèges médicaux restaient inaccessibles aux femmes des hautes castes qui ne doivent pas se montrer en public. Excitée par le noble désir de soulager ses sœurs, une jeune brahmine, Anandibai Joshee, entreprit de partir pour l'Amérique. Grâce à l'appui de son mari, elle put se rendre à New-York en 1883, malgré une opposition violente.

En 1886, elle y était reçue docteur

demment et réduire au minimum l'emploi des écarteurs. Rien n'est plus simple. Lorsque le col est amputé, on place une forte pince à abaissement sur la paroi utérine postérieure, et c'est elle qui sert désormais à déprimer la fourchette, sans qu'il soit nécessaire de placer une valve à ce niveau. De la sorte, je puis vous l'affirmer, la blessure du rectum devient rare et, de plus, vous savez qu'elle est sans gravité. Pour ma part, j'en ai observé un certain nombre, et toutes, sans exception, ont guéri spontanément sans la moindre intervention secondaire.

A côté des blessures du *rectum*, je dois vous parler des autres blessures *intestinales*. Ici, l'*entéroccèle adhésive* est parfois un danger, et, par conséquent, nous devons surveiller beaucoup nos manœuvres de décollement postérieur. Mais le vrai péril ne se présente que plus tard, alors que l'utérus étant enlevé, on procède à l'ablation des annexes. Or, ici, je ne puis que vous rappeler l'une des règles les plus formelles de l'opération de Péan : ne rien laisser à l'imprévu, ne faire que ce que l'on voit, et ne se fier qu'à des sensations digitales fort nettes. Dans ce temps de l'opération, il arrive, sans doute, qu'on pratique certains décollements en se fiant seulement à la netteté des plans de clivage que l'index rencontre, la manœuvre ressemble singulièrement à celles qui permettent la libération digitale des annexes dans l'opération type de Lawson-Tait, c'est-à-dire dans une laparotomie à incision étroite, et dans les deux cas, on agit vraiment en toute sécurité. Mais pour peu qu'on

en médecine, première Indoue à qui l'on conférait ce titre.

Elle fut aussitôt rappelée dans l'Inde pour y prendre la direction de l'« Albert Edward Hospital, » mais épuisée par le climat d'Amérique et par ses longs travaux, elle ne revint au pays natal que pour y mourir.

Ces quelques efforts isolés étaient une indication précieuse pour l'avenir. Mais combien peu, en réalité, si l'on songe que la population comprend 130 millions de femmes ! Un millième de goutte d'eau dans un désert aride.

Une femme de tête et de cœur, entièrement dévouée au bien public, lady Dufferin, la compagne du regretté ambassadeur d'Angleterre à

Paris, allait grouper tous les efforts jusque là divisés, prouver une fois de plus la puissance de l'association et mériter la reconnaissance publique de millions de malheureux.

Pour le plus grand bien des classes pauvres, elle a suivi lord Dufferin dans les différents postes qu'il a occupés. C'est en 1884 que lord Dufferin fut nommé vice-roi des Indes, c'est en 1885 que lady Dufferin fondait « l'Association Nationale pour fournir des secours médicaux féminins aux femmes de l'Inde. »

Instruire les femmes aux Indes comme docteurs, aides des hôpitaux et sages-femmes, établir des hôpitaux, hospices et dispensaires exclusivement

rencontre des difficultés, il ne faut plus agir que sous le contrôle de ses yeux.

S'il est impossible de réaliser ce programme, il est indispensable de s'arrêter et de se contenter d'une opération incomplète, sous peine de s'exposer à des accidents. J'en ai fait moi-même l'expérience dans quatre cas de suppurations graves. Trois fois, j'ai produit des déchirures intestinales, qui, pour avoir guéri spontanément, ensuite n'étaient pas moins fort regrettables, et, une fois, en m'acharnant à mobiliser à l'aveugle des annexes trop adhérentes, j'ai réséqué plusieurs centimètres d'intestin grêle. Mais, je tiens à le souligner très nettement, le seul coupable ici, c'était moi, et la méthode ne saurait en souffrir.

Du reste, sachez-le bien, les cas dans lesquels on ne peut pas surveiller ses manœuvres, les cas dans lesquels on doit s'en tenir à des interventions incomplètes, sont l'exception, et, pour ma part, je ne compte plus les cas dans lesquels j'ai, sous les yeux mêmes de mes assistants, libéré des adhérences intestinales, épiploïques ou appendiculaires, et réalisé l'ablation des annexes les plus adhérentes. Aussi bien, suis-je arrivé à cette conviction que tout ce qui est énucléable par le ventre l'est aussi par le vagin, et que ce qu'il est impossible d'enlever par le vagin ne peut l'être par le ventre, qu'au prix d'interventions très laborieuses. J'ajoute qu'au point de vue du pronostic d'avenir des pelvi-péritonites suppuratives les plus graves, les ablations incomplètes par voie vaginale donnent, dans la majorité des cas, les résultats les plus satisfaisants, et, ce qui le

réservés aux femmes et aux jeunes enfants, et exclusivement dirigés par des femmes, répandre dans le pays des femmes gardes-malades et des sages-femmes capables, tels étaient les principaux points sur lesquels l'Association allait concentrer ses efforts. Le Comité central, organisé à Calcutta, eut des ramifications dans chaque province.

Les princes et les natifs influents prouvèrent par leur générosité qu'ils adoptaient la nouvelle Société, et une liste de souscriptions considérables fut rapidement couverte.

Dans les cinq grandes villes de l'Inde, Calcutta, Bombay, Madras, Lahore et Agra, les collèges médi-

caux, ouverts aux femmes, devinrent des centres d'étude. Dans les provinces trop éloignées de ces collèges, à Cuttack, Lucknow, Allahabad, Rangoon, Haïderabad, Nagpour et Bénarès, des cours spéciaux furent créés pour les étudiantes.

Quels sont les résultats obtenus de ce côté ? En consultant les rapports annuels de l'Association, gracieusement mis à notre disposition par lady Dufferin, nous constatons qu'au début, en 1886, il y avait 110 étudiantes dans les collèges et écoles de médecine. En 1889 il y en avait 192, et en 1895, 255.

Presque toutes ont des bourses du gouvernement ou de l'Association.

prouve mieux que toute autre considération, c'est que, dès le début, l'opération de Péan, appliquée à des cas graves, a conquis les suffrages de tous, ou peu s'en faut. Pour finir, avec les précautions à prendre vis-à-vis de l'intestin, je vous rappelle l'attention qu'on doit mettre à la mise en place des lanières qui constituent le pansement, et je termine par quelques considérations sur les hémorrhagies.

Les *hémorrhagies* de l'hystérectomie peuvent s'observer tardivement. J'en ai observé quelques cas, sans gravité du reste, au huitième, dixième ou douzième jours, et c'est pourquoi je ne comprends guère qu'on puisse permettre aux opérées de se lever, ou même de se remuer beaucoup dans leur lit avant le quinzième jour. Les *hémorrhagies* susceptibles de se produire à l'ablation des pinces, c'est-à-dire au bout de 48 heures, sont plus inquiétantes. Elles sont heureusement fort rares. Quant aux *hémorrhagies* opératoires proprement dites, les seules qui nous intéressent aujourd'hui, je sais qu'il y en a eu de terribles, mais, pour ma part, je n'ai jamais eu à déplorer cet accident, et j'affirme qu'avec un manuel opératoire convenable, on peut toujours l'éviter.

Les deux premières pinces paralysent les utérines, et dès qu'elles sont placées, les tranches vaginales qui donnent parfois beaucoup de sang au début de l'opération, cessent absolument de saigner. Aussi, est-il parfaitement inutile de s'attarder à une hémostase quelconque avant la mise en place des deux pinces en question. Celles-ci une fois posées, on n'a plus à compter avec le sang avant la fin de l'opération, et, sous l'influence des tractions que l'opérateur doit tout le temps soutenir, l'utérus fait lui-même son hémos-

Quarante-trois travaillent pour la licence de médecine et de chirurgie, huit préparent les examens de L. M. S. (licence de sage-femme et de chirurgie), et en même temps le M. B. (baccalauréat de médecine); douze veulent être pharmaciennes. Les autres seront aides-d'hôpital, sages-femmes ou garde-malades ou n'ont pas encore décidé de leur vocation et sont indiquées comme étudiantes de 1^{re}, 2^e ou 3^e année. Comme nationalité, on compte environ vingt et une étudiantes européennes, deux juives, neuf musulmanes, cinquante-sept chrétiennes natives, soixante-deux eurasians (issues de mariages mixtes).

Les autres sont Bengalais, Hindoues, Karens, Burmeses ou Parsies.

Il ne suffisait pas d'ouvrir aux femmes des cours de médecine et de leur faciliter les moyens de les suivre par la création de bourses. Une fois les cours terminés, comment vivraient les jeunes étudiantes? Frappée du côté moral de la question, lady Dufferin écrivait il y a quelques années : « Nous pensons que le personnel à Agra doit être nombreux et bien choisi, car s'il y a un lieu où la modestie, la réserve, les bonnes manières, une conduite irréprochable, doivent être enseignées comme une science et faire partie de l'air ambiant, c'est

tase en agissant à la manière d'un coin sur les parois de la filière qu'il traverse. Cette particularité est très saisissante pour tous ceux qui voient pratiquer l'opération pour la première fois.

Par contre, lorsque vient la fin du morcellement, il faut être très attentif. D'habitude, le corps utérin basculant en avant, on place ses pinces de haut en bas, sur les ligaments larges; mais peu importe ici le sens du pincement ou le nombre des pinces. L'indispensable, c'est de bien pincer tout ce qui saigne en s'aidant des longs écarteurs de Péan pour y bien voir et en attirant à soi, par des tractions appropriées, les parties cruentées. La qualité des instruments offre ici une importance de premier ordre, et je ne connais rien de meilleur que les pinces courtes de Péan, adoptées du reste par nombre d'opérateurs. Je les préfère parce qu'elles ne cassent pas, parce qu'elles ne dérapent jamais et parce que leur ablation est infiniment moins douloureuse que celles des pinces à mors longs.

Enfin, pour être bien sûr de son hémostase, il convient d'être particulièrement en éveil dans les tout derniers temps de l'intervention. Je veux dire, par là, qu'on ne doit placer les lanières de gaze qu'après une inspection soigneuse et prolongée du champ opératoire. Cette inspection ne portera pas seulement sur les régions dangereuses, c'est-à-dire latérales, mais aussi sur les tranches vaginales qui, rarement, mais parfois, nécessitent une hémostase spéciale. Bref, on ne se déclarera satisfait que lorsqu'on aura notoirement constaté qu'il n'existe plus, nulle part, le moindre suintement sanguinolent.

dans cette école où les élèves voient leur vie de réclusion et d'ignorance, transformée tout à coup en une vie publique et studieuse. Notre devoir est de les protéger, de les entourer de femmes de mérite, et de leur montrer comment la dignité, la douceur et le respect de soi-même peuvent se concilier avec leur état professionnel.»

Au début, les étudiantes vivaient chez leurs parents ou leurs connaissances, et l'on veilla à leur transport en omnibus sous la garde de surveillantes. Mais beaucoup habitaient des quartiers éloignés; d'autres, étrangères à la localité et peu fortunées, s'installaient dans des rues malsaines, chez des gens ignorants qui, parfois

mettaient obstacle à leurs études. Toutes perdaient en voiture un temps précieux. La fondation de « Boarding-Houses » ou pensions, dans le voisinage des collèges médicaux, allait donc s'imposer, non-seulement au point de vue moral, mais aussi au point de vue pratique. Il est évident que des parents permettront beaucoup plus volontiers à leurs filles de faire des études médicales, lorsqu'ils les sauront dans un home respectable et entourées de soins maternels, et particulièrement pour les Indes, réunissant toutes les exigences des diverses religions.

D'excellents hôtels pour les étudiantes, fondés grâce à la générosité

Telles sont les généralités que je désirais vous soumettre, et, si incomplètes qu'elles puissent être, j'espère qu'en les ajoutant au souvenir de quelques cas difficiles que vous m'avez fait l'honneur de me confier et que vous m'avez vu opérer, vous saisirez bien le pourquoi de mes convictions sur la valeur de l'opération de Péan et sur la sécurité de sa technique. Puissé-je vous en avoir convaincus. Tout ce qu'on a dit sur l'encombrement par les pinces, sur l'impossibilité d'y voir, sur la fréquence des complications opératoires, n'est pas exact. Sans doute, l'hystérectomie a, tout comme la laparotomie, ses écueils, ses dangers, ses imperfections, ses difficultés ou même ses impossibilités, mais, croyez-le bien, elle n'en demeure pas moins une opération merveilleuse, indispensable à généraliser, aussi bien pour les fibromes ne dépassant pas l'ombilic que pour les ablations annexielles bilatérales quand elles sont très nettement indiquées.

REVUE DE LA PRESSE

A propos de thérapeutique intra-utérine.

Au mois de novembre dernier, le professeur M. Hofmeier publiait dans le *Monatschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, l'observation suivante que je crois utile de transcrire en entier.

Une jeune fille de 21 ans souffrait depuis longtemps de dyspepsie, de troubles nerveux et de flueurs blanches. Elle était en traitement chez un médecin qui l'avait d'abord soumise à une médication interne, et lui

des natifs, existent aujourd'hui à Calcutta, à Agra et à Lahore.

Examinons maintenant les résultats obtenus en ce qui concerne la création d'hôpitaux et dispensaires féminins (zenanas hospitals). En 1888, il y avait seulement aux Indes 30 zenanas hôpitaux entièrement terminés, à la fin de 1893, il y en avait 65, et dans le rapport annuel de 95, on compte 133 hôpitaux ou dispensaires dirigés par l'Association ou reliés à elle; 70 environ ont été construits par l'Association. Leur personnel est entièrement féminin et comprend: 1° Des lady doctors de premier grade, qui, au nombre de 7 seulement en 1889, sont maintenant 18. La moitié seule-

ment, à vrai dire, a réellement le titre de docteurs en médecine, les autres étant licenciées de facultés anglaises; 2° 56 lady doctors de deuxième grade ayant des diplômes divers des écoles de l'Inde; 3° 52 lady doctors de troisième grade ou hospital assistants, ayant en grande majorité des noms indous.

Parmi les doctresses en fonctions dans les zenanas hôpitaux, signalons-en deux de race indigène et dont l'histoire est intéressante.

Rukmabai naquit à Bombay en 1865. Son père, de race mahratte, mourut lorsqu'elle était au berceau, et sa mère se remaria à un docteur

avait ensuite pratiqué des injections (dans la matrice ?) avec une solution de permanganate de potassium et de la teinture d'iode. Comme ce traitement restait sans résultat, le praticien se décida, le 23 mars 1895, à 8 heures du soir, au cours d'une visite que la malade faisait chez lui, à pratiquer une injection intra-utérine avec une solution de *chlorure de zinc* à 50 %. Quelques jours auparavant il avait employé le même moyen, chez une autre jeune fille, avec le plus grand succès. L'injection fut faite à l'aide d'une seringue en métal, contenant 6 cc., remplie au tiers, et munie d'une canule en métal extraordinairement longue et mince. Pas de dilatation préalable du col pour introduire la canule. Celle-ci n'avait été retirée qu'après que le liquide injecté fut revenu dans le spéculum.

De suite après l'injection, la patiente se plaignit de vives douleurs dans le bas-ventre, ce qui engagea le médecin à lui administrer 10 gouttes de teinture d'opium. Après que la souffrance se fut un peu calmée, la malade retourna chez elle à pied.

Mais en route la douleur devint bientôt intolérable. Arrivée à la maison, la jeune fille se roula par terre, en criant qu'elle brûlait à l'intérieur. Bientôt se produisirent des vomissements, du gonflement du ventre, une décoloration de la peau, un affaiblissement du pouls et, malgré tous les analeptiques employés, la patiente succombait le lendemain à 8 h. 1/2 du matin, à peine douze heures après l'injection.

Le cadavre enterré provisoirement fut exhumé douze jours après et soumis à la section médico-légale.

Tous les organes furent trouvés sains, sauf ceux de la cavité abdominale. « Dans la partie inférieure du ventre il y avait environ 100 gr. de liquide rougeâtre, légèrement troublé : les vaisseaux sanguins de la partie inférieure et antérieure du péritoine étaient considérablement

de talent, le second mariage étant permis aux veuves dans cette caste. Rukmabai était mariée à onze ans, mais à dix-neuf, elle refusait énergiquement d'aller cohabiter avec son mari (1884). De là de longs procès qui se terminèrent en 1887 par sa condamnation, soit à rejoindre son mari, soit à faire six mois de prison. Elle préféra la prison, mais on finit par décider son époux à retirer sa plainte et à consentir à une transaction pécuniaire. Rukmabai délivrée à condition de garder désormais le célibat, partit en 1889 pour Londres et y fit des études de médecine. Reçue doctoresse à Bruxelles en 1896, elle retourna à Bombay et fut attachée au « Cama

hospital ». Actuellement elle dirige un nouvel hôpital récemment fondé à Surate.

La doctoresse Freany Cama a eu une vie plus heureuse. Elle appartient à une riche famille partie de Bombay, et après avoir passé avec succès différents examens de médecine à Bombay, à Edimbourg, à Glasgow et à Dublin, elle s'est fait recevoir docteur à la faculté de Bruxelles. Elle est aujourd'hui mariée à un avocat à la cour de Bombay et deuxième médecin du Cama Hôpital.

Le nombre des malades traitées a rapidement augmenté chaque année, avec l'ouverture de nouveaux hôpitaux. De 280,000 en 1889, il est, dans le

dilatés ; l'épiploon, très gras, était très rouge dans sa partie inférieure, de même que les anses intestinales. Celles qui siégeaient dans la profondeur avaient une surface toute dépolie.

La matrice, à sa situation normale, était un peu inclinée à gauche ; la trompe gauche était un peu pliée ; celle de droite ne présentait rien d'anormal. Les replis du péritoine en avant et en arrière de la matrice ne renfermaient rien de particulier. Seulement quelques adhérences, faciles à détacher, dans l'espace de Douglas — pas de pus, pas de caillot.

Le revêtement péritonéal de la matrice, des deux ligaments larges et des trompes, était rouge et d'apparence trouble. La matrice était augmentée de moitié : sa consistance était dure et la coloration du parenchyme d'un rouge clair. La muqueuse utérine était transformée en une escharre gris-sale, se détachant facilement. La muqueuse de la trompe droite était lisse, luisante, et ne présentait nulle part d'escharification. L'extrémité externe de cette trompe avait une coloration gris bleuâtre et dans son voisinage il n'y avait aucune adhérence. La trompe gauche était ouverte à son origine, un peu plus étroite à l'endroit de la Plicature, et dans sa partie externe, la muqueuse était lisse et luisante et nulle part escharifiée. Dans l'ovaire gauche existait un kyste de la grosseur d'un pois.

L'orifice vaginale et le vagin étaient pâles, sans aucune ulcération : de l'orifice externe de la matrice sortait une masse un peu brun-jau-nâtre, sale, assez dure. »

Personne ne doutera, dit Hofmeir, d'après le tableau clinique de cette observation, qu'il s'est déclaré, à la suite d'une injection intra-utérine d'une solution de chlorure de zinc à 50 %, une péritonite aiguë qui a emporté la malade en douze heures.

rapport de 1895, de 1,054,387. Cette augmentation n'a, du reste, nullement changé le nombre de femmes reçues annuellement dans les autres hôpitaux et dispensaires, preuve de la nécessité d'hôpitaux spéciaux pour femmes.

Il est évident que ces hôpitaux deviendront de plus en plus populaires parmi les Hindoues qui ne sont pas strictement soumises à un système de réclusion sévère et à de nombreuses observances de tous genres, autrement dit au système « Purdah ». Le traitement des femmes purdahs, et l'installation de bâtiments spéciaux pour leur usage exclusif, a, du reste, attiré aussi l'attention du Comité de lady Dufferin, et bien que la question

ne soit pas encore entièrement résolue, on peut néanmoins espérer que les difficultés, déjà moindres qu'au début, pourront être surmontées dans l'avenir.

Les rapports particuliers des différentes branches de l'Association donnent sur ce point des détails instructifs. Beaucoup de femmes, dans les villes et dans les villages, n'ont encore jamais vu un visage européen, et c'est pour elles un acte de grand courage de venir à l'hôpital. Cependant leurs familles réclament pour elles et chez elles, l'assistance des doctresses dans les cas graves, mais non pour les petites maladies. Lorsqu'une femme de haute caste se rend à l'hô-

On s'est élevé de différents côtés, dans ces derniers temps, contre l'emploi de la seringue de Braun pour introduire des médicaments liquides dans la matrice. On l'accuse de faciliter le passage du liquide caustique à travers la trompe jusque dans le péritoine, ou même d'exposer à une perforation de la matrice.

Hofmeier ne partage pas cette manière de voir. Depuis longtemps il se sert de la seringue de Braun et il peut affirmer que, quand on la manie soigneusement, c'est à peine si on peut signaler quelques malaises. Il est presque impossible que, chez une femme vivante, abstraction faite de certaines anomalies des trompes, extrêmement rares du reste, le liquide d'injection poussé avec une pression modérée passe à travers l'oviducte et ne reflue pas plutôt à côté de la seringue. Le protocole de l'autopsie qu'il transmet en est une preuve nouvelle.

Le danger naît de l'emploi de liquides peu appropriés et dans des conditions défavorables.

Les solutions concentrées de chlorure de zinc ont été chaudement recommandées dans ces dernières années pour combattre certaines formes d'endométrites. Duhrssen notamment insiste sur cette médication dans son *Vade mecum de Gynécologie*. Il est vrai qu'il conseille de faire un lavage intra-utérin, immédiatement après l'injection avec la seringue de Braun, pour enlever l'excès de liquide caustique, et de ne se servir de l'instrument de Braun, qu'au domicile de la patiente. Il recommande de se servir de la sonde de Playfair garnie de ouate, chez les femmes qui viennent au cabinet du médecin et doivent retourner chez elles.

Il est certain qu'une solution de chlorure de zinc à 50 % est excessivement caustique et qu'une semblable concentration n'est presque jamais nécessaire. L'observation précitée semble démontrer que l'action

pital, on est obligé de lui abandonner une salle entière, de sorte qu'on ne peut plus suffire aux autres demandes. Sous peine de perdre sa caste, elle ne doit ni boire ni manger hors de sa demeure, et rien ne peut généralement la décider à violer ces lois. Il est inutile d'insister, elle répond simplement : « Je dois attendre mon sort, bon ou mauvais ». Quelques-unes, cependant, surmontent graduellement leurs préjugés et leurs scrupules. A Bareilly, par exemple, les salles spéciales organisées pour les femmes purdahs, n'ont jamais cessé d'être occupées pendant toute l'année par des malades venant souvent de fort loin.

Au début, l'Association payait les frais d'étude dans les écoles de médecine de Londres et d'Edimbourg, à des Anglaises qui s'engageaient à partir ensuite pour l'Inde, et à y exercer la médecine pendant au moins cinq ans. Actuellement, grâce à l'organisation des études médicales féminines aux Indes, et au désir de beaucoup d'étudiantes, d'obtenir des diplômes anglais, ces bourses sont accordées, au contraire, à des femmes nées et élevées dans le pays, en connaissant la langue et les mœurs, et qui soit natives, soit Eurasian, soit Anglaises, y passeront toute leur vie. C'est là un grand progrès, car il est bien certain que les natives recher-

caustique du médicament s'est propagée rapidement à travers la paroi utérine jusqu'au péritoine et a causé une péritonite mortelle. Sans doute il n'est pas ordinaire d'observer une action d'une telle rapidité, mais il ne reste presque aucune autre explication, étant donné qu'on peut exclure toute blessure et que la muqueuse des trompes a été trouvée normale. Le cas s'est aggravé par le fait que la malade a dû marcher pendant vingt minutes pour retourner chez elle. Sans cette circonstance, il est vraisemblable que l'injection intra-utérine n'eût pas eu de conséquence fatale.

Des solutions de chlorure de zinc à 5 et à 10 % ont déjà une action caustique très forte. Hofmeier n'en a jamais employé d'autres et quand, il a observé des coliques utérines et des irritations péritonéales à la suite d'une thérapeutique intra-utérine, c'est presque toujours quand il avait eu recours à ces solutions. Il s'étonne à bon droit que ceux qui recommandent la solution à 50 % n'aient pas plus souvent d'accidents. Cela vient probablement de ce que la plupart se servent de la sonde de Playfaire, de sorte que la plus grande partie du liquide est exprimée dans la cavité cervicale et reflue dans le spéculum. Il en pénètre très peu dans la matrice, où le contenu du corps utérin dilue la solution et l'affaiblit beaucoup.

Hofmeier se sert d'une seringue de Braun modifiée, en caoutchouc durci. Elle contient environ 5 gr. Elle a une canule, pas trop mince, qui porte à son extrémité une ouverture centrale et plusieurs latérales. Il est important que la canule ne soit pas trop mince parce que, dans ce cas, on la fait facilement passer à travers un col trop étroit et que le liquide ne peut pas refluer au dehors.

Avant l'injection, il fait en général un lavage utérin avec une solution

cheront toujours de préférence les soins de leurs compatriotes, ou demi-compatriotes.

En Europe et en Amérique, l'entrée des femmes dans la carrière médicale a été une des étapes de leur émancipation. On peut constater qu'aux Indes, il en fut tout autrement. Tous nous semblent avoir été poussés par le désir de concilier les progrès de la science et de l'humanité avec des mœurs antiques. L'Association de lady Dufferin se présente comme une immense et admirable œuvre de charité, mais non d'émancipation. Elle a pris racine et portera dans l'avenir des fruits innombrables, justement parce qu'elle a tâché de respecter les

exigences si nombreuses des différentes castes. Les Hindoues profiteront des progrès de la chirurgie et de la médecine, mais elles garderont dans la famille leur rôle immuable.

Les plus évoluées même conservent généralement un grand respect des préjugés sociaux. La doctoresse Anandibai Joshee, partant pour l'Amérique, disait : « Je pars Hindoue, et je reviendrai vivre ici en Hindoue ». De retour dans sa patrie, la brahmine déchue, devenue doctoresse, sollicitait sa réintégration dans sa caste perdue par le voyage.

LAYARD.

(Le Correspondant médical).

de lysol ou d'acide phénique à 1 %. Quand le col n'est pas assez ouvert, il faut le dilater avec une sonde de Schroöder. Ce lavage est important parce qu'il élimine le mucus et le sang qui peuvent se trouver dans le corps de la matrice et dont la présence rend souvent la cautérisation illusoire. Le col est alors légèrement attiré vers le bas, la canule de la seringue introduite et celle-ci vidée lentement. Puis elle est retirée, et pendant ce temps-là, le vagin est irrigué avec une solution indifférente pour éviter qu'il soit cautérisé. Il est inutile de faire un lavage intra-utérin après l'emploi des solutions indiquées. Quand il existe des poussées inflammatoires dans les annexes, on doit naturellement éviter les injections intra-utérines.

On peut évidemment, comme le fait Bröse (1), mettre en doute la manière de voir de Hofmeier au sujet de la cause qui a déterminé la mort de la femme dont il rapporte l'observation, et défendre l'idée qu'il s'est agi de phénomènes de collapsus prolongés ou peut-être d'une action toxique générale. Mais on ne saurait nier que la malade a succombé à la suite d'une injection intra-utérine d'une solution de chlorure de zinc à 50 %.

Je ne saurais admettre pour ma part les critiques adressées par Hofmeier à cette solution de chlorure de zinc, recommandée depuis 1888 par Rheinstädter, pas plus que les louanges qu'il accorde à la seringue de Braun.

Le chlorure de zinc en solution concentrée constitue un caustique énergique qui peut rendre de grands services dans certaines formes d'endométrite, s'accompagnant d'une forte hyperplasie de la muqueuse, d'origine gonorrhéique ou autre. Nombre d'auteurs en ont signalé les bons résultats et moi-même je n'ai jamais eu qu'à m'en louer. Mais il faut s'en servir avec prudence et ne pas perdre de vue qu'une intervention intra-utérine, si minime qu'elle soit, peut présenter des inconvénients.

Je n'ai jamais pour ma part injecté le médicament avec la seringue de Braun ou un autre instrument similaire. Je l'applique au moyen d'un porte-caustique mince, garni de très peu d'ouate, bien imbibé de la solution. Je ne l'emploie que chez les femmes qui ont eu des enfants et dont la cavité cervicale est suffisamment dilatée ou chez les vierges dont l'orifice externe du col a été dilaté par une discision préalable. Il est bon, me semble-t-il, d'habituer un peu la matrice à des interventions intra-utérines par des attouchements préparatoires à la teinture d'iode, à la ferripyrine ou avec une solution faible de chlorure de zinc. On ne devrait jamais recourir au moyen énergique qu'au domicile de la malade, ou tout au moins il faudrait s'assurer qu'elle peut se reposer pendant quelque temps avant de retourner chez elle et que le chemin qu'elle doit faire n'est pas trop long. Je lave très bien le vagin avant d'appliquer le speculum, puis le col étant mis à nu, je chasse, au moyen d'une

(1) *Monatschrift für Oeburtshülfe und gynækologie*, décembre 1896.

vraie douche cervicale, le mucus accumulé dans la cavité et j'essuie encore l'intérieur, au moyen d'ouate imbibée d'une solution phéniquée. Il ne faut pas oublier en effet que les sécrétions cervicales renferment toujours des microorganismes pathogènes, parfois très virulents, qui n'ont pas toujours pénétré jusque dans l'intérieur de la matrice et qu'il faut éviter d'y transporter.

Ce lavage terminé, le col est fixé au moyen d'une pince à griffes et légèrement abaissé; puis je fais une injection intra-utérine avec une sonde à double courant et en me servant d'une solution faible de phénosalyl, de façon à éliminer le mucus qui se trouve dans le corps utérin; enfin je fais pénétrer le porte-caustique jusqu'au fond de la matrice et je ne le retire qu'après l'avoir laissé quelques instants en place.

Qu'une partie de la solution soit exprimée par la pression exercée sur le porte-caustique au niveau du col utérin, cela ne fait aucun doute. Mais il en pénètre assez certainement pour déterminer, sur la plus grande partie de la muqueuse, une action énergique. Cette application faite de cette manière, produit du reste presque toujours une douleur assez intense dans le bas ventre, qui ne commence souvent que quelques instants après que le spéculum est retiré et qui augmente certainement beaucoup si la malade doit se tenir debout ou marcher.

Un point important aussi est de ne pas revenir trop souvent à la cauterisation. Il faut toujours un minimum de dix à douze jours entre chaque intervention. Comme le dit Sanger (1), *le meilleur principe consiste à pratiquer des cautérisations rares avec la plus petite quantité possible d'un caustique liquide énergique*. La seringue de Braun est, à mon avis, un instrument qui expose à des accidents, quoi qu'en pense Hofmeier. Nombre de gynécologues ont du reste signalé depuis longtemps ses inconvénients et déconseillent fortement d'y avoir recours. On l'a accusée notamment de favoriser la pénétration du liquide caustique dans les trompes externes et de là dans le péritoine. La solution médicamenteuse pourrait aussi chasser devant elle des sécrétions accumulées dans les oviductes et renfermant des microorganismes pathogènes, dont l'arrivée dans le péritoine serait le signal de l'éclosion d'une pelvi-péritonite.

Il est possible qu'on évite une partie de ces accidents en lavant soigneusement au préalable la cavité de la matrice, en n'employant qu'une seringue dont la canule, en caoutchouc durci, est percée à son extrémité de plusieurs orifices, et en faisant immédiatement après l'injection un lavage intra-utérin abondant. On peut se demander d'abord si, en procédant de cette façon, le liquide caustique a le temps d'agir assez énergiquement sur la muqueuse, puisqu'il est tout de suite dilué et enlevé par le lavage. D'autre part, le liquide caustique, injecté avec la seringue de Braun, est projeté de toute part dans la matrice; une partie pénètre bien certainement dans les angles de l'organe et détermine une

(1) *Monatschrift für Geburtshülfe*, etc., Décembre 1896.

contraction qui, en cet endroit, par suite de la structure spéciale de la matrice, peut bien emprisonner le liquide caustique dans les deux cornes. Il pourrait ainsi échapper à l'action du lavage subséquent, la sonde à double courant pénétrant alors difficilement jusqu'au fond de l'organe. La rétention intra-utérine d'un peu de liquide caustique peut n'occasionner que quelques coliques de la matrice, s'il s'agit de solutions faibles, comme celles qu'emploie Hofmeier. Mais elle aura évidemment des conséquences plus graves si on a employé des solutions concentrées. C'est pourquoi, pour celles-ci, il est préférable de les introduire au moyen d'un porte-caustique.

Il serait bon aussi de ne recourir à une intervention intra-utérine, surtout quand on veut recourir à une cautérisation assez intense, qu'après s'être bien assuré que la muqueuse utérine est réellement bien malade et qu'il n'existe aucune complication annexielle aiguë ou sub-aiguë. Une grande quantité de catarrhes utérins sont simplement limités au col de la matrice, et il suffit d'agir sur la cavité cervicale pour amener assez rapidement la guérison.

Recherche d'une épingle à cheveux dans la vessie d'une femme, au moyen des rayons X.

Sous ce titre, le Dr Leiffart (de Nordhausen) publie dans le n° 1 du *Centralblatt für gynäkologie* le récit suivant : Une jeune femme de 18 ans était atteinte depuis janvier 1895 de catarrhe de la vessie. Plusieurs fois l'affection, presque guérie par l'application d'un traitement approprié, avait recommencé spontanément, causant de vives douleurs. Le Dr Leiffart fut appelé le 8 novembre dernier en consultation, lors d'une crise. L'examen bimanuel le fit conclure à la présence d'un corps étranger dans la cavité vésicale ; l'impression était celle causée par une sonde rigide profondément enfoncée dans la vessie.

La mère de la patiente se souvint alors que celle-ci avait avalé (!) une épingle à cheveux peu avant le commencement de l'affection.

C'est alors que la patiente fut conduite à l'hôpital et examinée au moyen des rayons X. Deux plaques sensibles de 35×170 millim. furent enveloppées dans du papier noir, puis placées dans des condoms, afin que l'humidité de la cavité vaginale ne les atteignit pas. Puis, successivement, elles furent introduites dans le vagin, préalablement dilaté, tandis que le tube était placé au-dessus et aussi près que possible de l'abdomen. Deux poses, l'une de 8, l'autre de 12 minutes, ont fourni un excellent résultat, reproduit en zincographie dans le *Centralblatt*. L'épingle à cheveux est parfaitement visible. — Elle a été extraite et la patiente était guérie 4 jours après, à sa sortie de l'hôpital.

Le procédé nouveau qui consiste à placer la plaque à l'intérieur du corps est destiné à un grand avenir. Citons seulement la recherche des calculs vésicaux chez la femme, qui pourra être tentée de même. Tous

les échantillons de ces calculs, que M. le D^r Lenger a bien voulu me remettre, sont en effet opaques pour les rayons X. Il n'en est pas de même des calculs hépatiques, qui sont généralement transparents et ne pourraient donc être skiographiés. D. D.

NOUVELLES

Le Révérend D^r Wendte, de Oakland, Californie, vient de soulever une vive émotion à San-Francisco en réclamant publiquement le droit de hâter par une mort préventive les souffrances des malades atteints d'une affection incurable.

« Pourquoi, s'est-il écrié dans un de ses sermons, prolonger leur agonie et laisser exposés à des tortures cruelles ceux dont la mort est inévitable? Pourquoi épuiser les ressources de la science médicale à les maintenir dans leurs misères? Ne serait-il pas plus chrétien de les débarrasser de leurs souffrances? Nous n'hésitons pas, par pitié, à mettre fin à la vie d'un chien ou d'un cheval dont la guérison nous paraît impossible? Serons-nous moins pitoyables pour une créature humaine que pour une simple bête? »

Et, partant de là, le Révérend demande la création d'une commission chargée d'examiner en détail et de peser les particularités de chaque cas en litige. Cette commission se composerait de quatre médecins, du maire, du président du bureau local d'hygiène et de deux citoyens d'un caractère irréprochable. Les délégués seraient nommés par le gouverneur de l'État.

Le patient pourrait en appeler une première fois du jugement rendu ; le consentement de la famille serait alors nécessaire. Mais, si après un nouvel examen il était reconnu que tout traitement est impuissant, que les souffrances sont extrêmes, et que la question d'humanité est seule et exclusivement en jeu, alors la commission aurait le droit de mettre à exécution sa décision.

L'Académie des sciences de Vienne vient de mettre au concours l'importante question de la lumière ultra-violette. Un prix de 10,000 florins sera décerné au meilleur travail sur ce sujet. L'examen des mémoires aura lieu en 1899.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le D^r DOLÉRIS commencera ses conférences cliniques sur l'obstétrique et la gynécologie, dans son service à la Pitié, le Mardi 9 Mars, et les continuera les Mardis et Vendredis suivants, à 10 heures.

Un concours s'ouvrira, le 8 Juin 1897, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et

de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Clermont.

Un concours s'ouvrira, le 8 Juin 1897, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Marseille.

La prochaine session du congrès pour l'étude de la tuberculose, qui devait avoir lieu en 1897, a été reportée, sur l'avis de la grande majorité des Membres de la Commission permanente du Congrès, à une date qui sera ultérieurement fixée. La Commission a pensé que les communications relatives à la tuberculose pourraient être faites l'an prochain aux Congrès : des Sciences médicales, à Moscou; de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Saint-Étienne; de Médecine interne à Montpellier; d'hygiène, à Madrid, etc., sans que leur importance, du moins jusqu'à présent, paraisse devoir nécessiter un congrès spécial.

Deux concours s'ouvriront, le 26 Juillet 1897, devant la Faculté de médecine de Lille, pour les emplois de suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, et de chaires de physique et de chimie à l'École de médecine d'Amiens.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorrhoides*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing*.

ANTISEPSIE UTÉRINE. — *Utérostyles*.

Véritable **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement du Prolapsus génital chez la femme

Par M. le Dr P. PETIT.

Vous connaissez tous le rapport magistral de M. Bouilly, au dernier Congrès de l'Association Française de chirurgie, sur le traitement du prolapsus génital chez la femme. L'état actuel de la question s'y trouve exposé d'une façon si judicieuse et si nette que la plupart des orateurs inscrits, ou bien ont renoncé à prendre la parole, ou bien se sont bornés à souscrire aux conclusions du rapporteur. Vous pourriez donc, à bon droit, vous étonner de ne pas me voir suivre cet exemple, si, à défaut d'un perfectionne-

FEUILLETON

A propos d'un médecin philosophe⁽¹⁾.

Si glorieuse que soit la médecine française contemporaine, elle le serait bien plus, et aurait raison de l'être, si la haute culture littéraire et philosophique rehaussait les mérites de nos archiâtres. Supposons que cette aristocratie fût représentée par des hommes

(1) Nous empruntons à la *Normandie médicale* cet article dû à la plume de M. J.-M. Guardia, dont les travaux font le plus grand honneur aux lettres et à la médecine françaises.

tels que Sauvages, Astruc, Bordeu, Barthez, Cabanis, Broussais — ne dépassons pas la demi-douzaine, — qui donc oserait lui contester ses titres de gloire et ternir l'éclat de ses rayons ? Personne assurément ; ces noms sont impérissables et peuvent braver l'envie, l'indifférence, l'ignorance. — Mais, dira quelqu'un, ces maîtres avaient des talents supérieurs, des vues originales, des idées neuves, des pensées profondes et hardies ; c'étaient de fortes têtes.

Sans aucun doute ; les dons naturels distinguent l'élite du troupeau, pourvu qu'ils soient cultivés et mis en valeur. Grande condition qui n'est pas impunément négligée dans la diététique cérébrale. Ces fortes têtes, bien

ment nouveau, je n'avais à faire valoir quelques détails de pratique d'un certain intérêt et mon grand désir de connaître votre propre opinion dans un débat en apparence épuisé.

Il est donc entendu que, des *trois systèmes fixateurs de l'appareil génital* de la femme, *appareil de soutènement, appareil de suspension, adhérences celluluses ou ligamentaires intermédiaires*, le premier semble être le plus indispensable au maintien de la statique normale, et que sa réfection est ce qui importe le plus pour amener la guérison du prolapsus. C'est là une vérité fondamentale que j'ai entendu professer et mettre en pratique, par Doléris, il y a bien une dizaine d'années, et l'on pourrait être surpris qu'il fût nécessaire de la proclamer en l'an de grâce 1897, si le règne de l'hystéropexie et de toutes ces pexies diverses, chirurgicales dans leur essence, mais pathologiques dans leurs effets, ne l'avaient momentanément éclipsée. Pour nous, cette floraison d'opérations nouvelles, toutes basées sur une même hérésie, une fixation anormale, ne nous a jamais fait abandonner la bonne doctrine dont nous attendions, avec patience, le renouveau : nous sommes toujours demeurés fidèles au rétablissement du jeu des deux valves vagino-périnéales comme opération de fond, et à l'opération d'Alexander comme opération complémentaire ; notre opinion a seulement varié sur l'opportunité de cette dernière intervention que nous joignons, autrefois, systématiquement, aux colpo-périnéorrhaphies et que nous réservons actuellement à

meublées, façonnées aux saines disciplines, ornées des connaissances qui nourrissent l'esprit en le fortifiant, éclairées par cette lumière de la raison qu'avive l'expérience, exercées à la rude gymnastique de la réflexion, animées d'une curiosité insatiable, ces fortes têtes cherchaient le vrai dans la réalité des faits observés, comparés, classés, et se formaient des idées pour les réduire en principes.

Tout système, toute doctrine supposent un ensemble d'opérations mentales ingénieusement combinées pour aboutir à la conclusion des géomètres : « ce qu'il fallait démontrer », quand la démonstration est possible. Le résultat répond naturellement à la capacité de l'opérateur et à la valeur de

sa méthode de philosopher. Ce verbe est si peu en usage de nos jours qu'il pourrait passer pour un néologisme, s'il n'avait pas l'autorité d'un archaïsme. Telle est la destinée des mots comme de toutes choses.

Le siècle dernier poussa l'amour de la philosophie jusqu'à la manie, et cette maladie nerveuse, cette névrose épidémique reçut le nom de philosophisme. Notre siècle, plus sage vers son déclin, après avoir usé autant de systèmes philosophiques que de gouvernements, semble indifférent à la philosophie et laisse l'éclectisme, plus ou moins transformé, pétrir le cerveau des apprentis bacheliers. Les professeurs de philosophie, infiniment plus nombreux que les philosophes, se

des cas spéciaux : prolapsus avec rétroversion accentuée dépassant en arrière l'axe vaginal, prolapsus avec dystrophie des tissus, prolapsus complet pendant la période d'activité sexuelle ou chez les vierges.

Il ne faut pas oublier, et c'est un point sur lequel Doléris s'est plu à insister, que l'action des ligaments ronds, quoiqu'indirecte, est assez active, car, en maintenant l'antédirection normale, ils éloignent l'axe de l'utérus du trajet herniaire et utilisent la pression abdominale pour consolider ce résultat et coapter le vagin. A qui douterait de la résistance des ligaments ronds, après raccourcissement, je citerai les deux faits suivants : — Chez une de mes clientes opérées par Doléris, au début de mes études gynécologiques, j'ai pu suivre ultérieurement le développement d'un fibrome multinodulaire au niveau de la paroi postérieure de l'organe ; vous n'ignorez pas que c'est là une cause ordinaire de rétroversion et même de rétroversion complète : or, le redressement acquis s'est maintenu. — Chez une autre, opérée par moi, il s'agissait d'un prolapsus total et complet, avec allongement considérable du segment sus-vaginal du col ; de plus, la malade présentait un type extrême de cette débilité générale des tissus si favorable à la hernie pelvienne, si contraire à sa guérison par les procédés conservateurs. Une opération d'Alexander combinée à une large résection du col et du vagin l'avait complètement guérie. Au bout d'un an elle devient enceinte et je l'accouche, à terme, d'un très

nourrissent de la maigre pitance, et ce régime, il faut le dire, n'est pas ennemi de la gaieté. Chanter la Carmagnole, en attendant mieux, n'est-ce pas poser nettement la question sociale, laquelle se réduit en somme à une question de subsistance ? Auguste Comte, ennemi déclaré de la Révolution et des révolutionnaires, n'avait pas prévu la solution du problème sociologique par des chansons.

Et les médecins, ont-ils une opinion là-dessus ? La demande n'est point indiscrete, car enfin il s'agit de nutrition et de diététique, de physiologie et d'hygiène, et la médecine sociale n'est point une métaphore, quand la société est malade de ces vices, qui ne sont que des habitudes pernicieuses.

Les influences délétères qui agissent sur les masses, développent des états pathologiques, et tôt ou tard, l'hérédité aidant, les générations tombent successivement de diathèse en cachexie jusqu'à la dégradation complète ou l'extinction de la race. Ce n'est pas dans la province normande ni dans la métropole de l'alcoolisme que pareille assertion sera contestée.

Les médecins en général ne se souviennent pas de la classification nosologique de Sydenham, considéré à tort comme un empirique pur : maladies qui viennent de nous, maladies qui n'en viennent point. Un stoïcien n'aurait su mieux dire, et l'on devine dans cette division d'une simplicité profonde la sagesse admirable de

gros enfant. Sous la poussée de la tête, je vis la cystocèle se reproduire sous mes yeux et faire à la vulve une notable saillie, dès que la malade se leva ; or la paroi vaginale postérieure était encore d'une rectitude parfaite, l'utérus à son niveau normal et en antéverson, et les choses persistèrent encore en cet état durant de longs mois. Certainement il n'en eût pas été de même, étant donné le cas, si l'Alexander n'était venu en aide à la colpopéri-néoraphie.

Je regrette donc, étant donnée la haute importance de ses arrêts, que M. Bouilly ait cru devoir faire part égale entre cette excellente opération et l'hystéropexie abdominale qui, après avoir pensé l'écraser de sa supériorité, ne peut même plus prétendre à marcher de pair. L'hystéropexie, de conception certainement simpliste, est, par contre, un véritable barbarisme physiologique, car elle violente grossièrement ce mécanisme à la fois si délicat et si complexe de la statique pelvienne d'où résulte la fixation des organes, sans atteinte portée à leur mobilité. Si elle paraît être la moins mauvaise de toutes les pexies en cours, c'est que, précisément, elle ne donne pas ce qu'elle semblait promettre et que cette adhérence si solide qui devait unir étroitement et à jamais l'utérus à la paroi abdominale s'étire peu à peu et au point de constituer une bandelette plus ou moins longue qui permet à l'utérus de reprendre son niveau normal. S'il ne descend pas plus bas, c'est grâce à la réparation de l'appareil de soutènement qui attend précisément, pour faire sortir ses heureux effets, que l'hystéropexie

Locke, qui fut l'ami fidèle, le guide sûr et le digne confrère de Sydenham, car Locke était aussi médecin et grand admirateur du savant praticien Babeyrac, qu'il avait connu à Montpellier.

Si nombreux que soient les facteurs des maladies, ils ne sont pas tous irresponsables. Sans considérer le malade comme un criminel, comme un coupable, il est permis de voir en lui, sinon un pénitent qui expie ses péchés, du moins un agent responsable, si le mal résulte de l'inobservance de ces lois inflexibles et fatales qui président à la conservation de la vie. Responsabilité individuelle ou collective qui vaut quelque chose apparemment, puisqu'elle est cause du mal, cause

efficente et prochaine ; et ne fût-elle qu'occasionnelle qu'il faudrait encore en tenir compte. Un professeur de pathologie générale incapable d'aborder ces problèmes d'étiologie morale devrait descendre de sa chaire pour apprendre, avant d'enseigner, que la pathologie ne date pas d'hier et qu'elle se modifie à travers les âges, de manière à se transformer : la pathologie historique peut suivre ces métamorphoses, dont la connaissance permet d'établir la généalogie de certaines affections d'origine douteuse. Il paraît avéré que les affections catarrhales graves, inconnues dans l'antiquité, ne sont devenues graves que depuis la grande explosion épidémique de la

se trouve annulée. Jusque là elle ne peut être que nuisible. Au temps où elle était pratiquée isolément pour le prolapsus, les sensations douloureuses de traction au niveau de la cicatrice étaient quasi-fatales, parfois intolérables et pouvaient, comme je l'ai vu, s'accompagner de perturbation mentale, d'inventration, etc. On ne l'a pas assez dit. Actuellement on ne manque jamais de pratiquer les opérations vagino-périnéales de rigueur, mais, pour peu que les avivements soient parcimonieux, ce qui est encore la tendance d'un grand nombre, ces mêmes douleurs, quoique beaucoup moindres, peuvent encore se produire. On ne le dit pas assez.

D'autre part, on peut se tromper dans l'estimation de la hauteur où il convient de fixer l'utérus ; si ce point est choisi trop élevé, la vessie est gênée dans son fonctionnement. J'ai donné mes soins à une malade opérée par un chirurgien des plus distingués de nos hôpitaux, qui présentait, de ce fait, une dysurie intense avec pollakiurie (elle était obligée d'uriner tous les quarts d'heure). Il m'a semblé l'avoir un peu soulagée par quelques séances de massage ayant pour but de hâter l'allongement de la bride cicatricielle.

Les dangers immédiats de l'intervention doivent certainement entrer en ligne de compte. M. Bouilly, dans la statistique de Raühüt, de Halle, relève 3 morts sur 55 cas, soit 5,4 0/0, ce qui est beaucoup pour une opération plastique ; et connaissant, pour ma part, trois autres cas de mort opératoire, d'ailleurs inédits (dont l'un dû à l'autosection de l'utérus sur ses fils fixateurs, sous l'in-

syphilis vers la fin du xv^e siècle. D'autres exemples serviraient à prouver que la saine critique, en médecine, doit procéder de l'histoire et de la philosophie de l'art associées, à moins que le progrès et la tradition ne soient considérés comme des antinomies irréductibles. Mais on ne s'inquiète guère de tout cela dans nos écoles : *primum vivere, deinde philosophari*, est une maxime à l'usage des maîtres et des élèves, uniquement préoccupés du réel et du positif, et à tel point que ni l'histoire, ni la philosophie, ni la critique ne sont en honneur dans le monde scolaire.

Les écoles secondaires de médecine n'osent pas, soit prudence, soit modes-

tie ou respect de la hiérarchie, user d'une monnaie qui n'a plus cours dans les Facultés. Peut-être n'attendent-elles que l'exemple pour s'intéresser à ces questions singulièrement curieuses que le médecin peut aborder sans sortir du domaine de l'art ; car la philosophie se trouve chez nous en puissance, il est vrai, et à l'état latent. Et la preuve qu'elle s'y trouve, c'est qu'on vient l'y chercher. La psychologie dite physiologique pourrait aussi bien se dire pathologique, puisqu'elle met en œuvre des matériaux fournis aux médecins par les malades.

fluence des secousses de vomissements), je me trouve autorisé à croire qu'il y en a un certain nombre de passés sous silence.

Enfin, dans des suites éloignées, il faut compter avec un immense danger qui suffit, à lui seul, à condamner sans retour l'opération en question, à savoir l'étranglement de l'intestin sur cette bride qui, de plus en plus, s'allonge ; connu ou méconnu, cet accident doit être assez fréquent, puisqu'au dernier Congrès de Genève, M. Jacobs, de Bruxelles, a pu lui attribuer deux cas de mort dans sa seule pratique.

Entre deux opérations dont l'une, antiphysiologique, semble s'annuler d'elle-même au bout d'un certain temps, aggrave parfois l'état des malades et expose à des dangers immédiats ou consécutifs ; dont l'autre, tout à fait d'accord avec la statique normale, n'offre vraiment aucun inconvénient, le choix ne m'a jamais paru difficile à faire.

Les tentatives de raccourcissement des ligaments utéro-sacrés sont certainement très intéressantes, mais n'ont pas encore dépassé la période d'essai.

Enfin, les adhérences cellulaires ou ligamentaires intermédiaires à l'appareil de soutènement et à l'appareil de suspension jouent certainement un grand rôle, mais se prêtent assez mal à l'action chirurgicale ; on risque d'ailleurs, en s'y attaquant, d'aller à l'encontre de ces deux fonctions si opposées de soudures fixes ou de charnières qui leur sont départagées. Ainsi M. Goubaroff, en fixant, comme il l'a dernièrement proposé, la paroi antérieure de l'utérus au feuillet viscéral du fascia pelvien qui le recouvre, en passant derrière l'organe des feuillets analogues, me paraît-il s'exposer à tous les dangers de l'hystéropexie vaginale. On comprendra que j'admette encore moins la pratique de Follet, de Lille, qui, après avoir disséqué la partie supérieure du vagin, l'abandonne à la réunion par seconde intention, de façon à créer un anneau cicatriciel de soutien.

Ceci étant posé, sous quelles formes le prolapsus génital de la femme s'offre-t-il à nous en clinique ?

Sous la forme *aiguë* et sous la forme *chronique* ; et, dans chacune de ces catégories, il peut être partiel ou généralisé.

La *panoptose aiguë* doit être bien rare ; j'ai observé dernièrement un cas de *panoptose complète de ce genre* chez une vierge ; ici l'opération d'Alexander me paraît être de commande pour venir en aide aux colporrhaphies.

Moins rare est la *cystocèle aiguë* résultant probablement d'une

désinsertion directe du vagin au moment de l'accouchement : le périnée étant toujours plus ou moins relâché, il est prudent de ne pas s'en tenir à la colporrhaphie antérieure.

Le *prolapsus aigu et monorganique des annexes* est d'origine inflammatoire et disparaît au moins en partie avec sa cause, quand il n'y a pas d'adhérences ; au cas contraire, ce n'est qu'une raison de plus en faveur d'une opération radicale, étant données les douleurs dont il est directement l'origine au moment de la défécation et du coït.

Le *prolapsus chronique et monorganique du vagin* n'est que le premier temps de la panoptose à évolution ascendante et exige le plus souvent une colpopérinéorrhaphie préventive, même si la chute est encore limitée à la paroi antérieure.

Le *prolapsus chronique et monorganique des annexes* se rattache à une inflammation ancienne ou à une subinvolution localisée ; s'il n'y a pas d'adhérences et que les annexes paraissent saines, on peut espérer, dans une certaine mesure, les voir reprendre leur place sous l'influence de la columnisation du vagin, puis du pessaire ; mais, pour peu qu'elles soient scléro-kystiques, ce qui est fréquent et très facile à reconnaître dans l'espèce, s'il y a de vives douleurs qui ne cèdent pas au repos et au tamponnement, il faut les enlever par colpotomie.

La *panoptose chronique* reconnaît comme origine le *traumatisme obstétrical*, la *subinvolution*, ces deux ordres de causes réunies, plus rarement la présence de tumeurs et, en particulier, de kystes de l'ovaire.

La forme de panoptose la mieux connue, au point de vue pathogénique, est celle qui relève principalement de lésions apparentes du périnée et qui évolue à ciel ouvert de bas en haut. Les pessaires ordinaires manquant ici de soutien, sont moins que des pis-aller. L'opération maîtresse est la colpopérinéorrhaphie ordinairement doublée de la colporrhaphie antérieure.

Mais, à côté de cette forme, il en est d'autres moins bien étudiées qu'il importe pourtant de distinguer, pour les traiter convenablement : 1^{re} forme : Tout est relâché, y compris l'orifice vulvaire, et tout descend en même temps ; mais il n'y a pas de traumatisme apparent, et il s'agit probablement de lésions sous-cutanéomuqueuses, de lésions de la *doublure*, liées ou non à la subinvolution ; c'est la forme de prolapsus à laquelle sont fatalement vouées, à un degré quelconque, les dystrophiques, alors que l'accouchement se passe au mieux pour elles. Si le prolapsus est peu accentué, on

peut se borner au pessaire, tout en s'attendant à intervenir plus tard, surtout s'il y a d'autres grossesses. Dans le cas contraire, toute la lyre opératoire conseillée par Doléris est de rigueur, bien qu'il n'y ait nulle part de rupture apparente.

2^{me} forme : Au-dessus de la vulve fermée, le vagin se déroule en plis superposés et l'utérus suit. Dans cette forme qui remonte ordinairement à une fausse couche et semble uniquement relever de la subinvolution du vagin et de l'appareil suspenseur, la colpographie doit être poussée à ses dernières limites et exige plus de soins encore qu'à l'ordinaire, car à elle seule incombe tout le poids (c'est bien le mot) de la guérison, la périnéorrhaphie n'étant pas en cause et l'Alexander ordinairement inutile. L'avivement, plus difficile d'ailleurs à exécuter, doit s'avancer jusque sur les limites du col et présenter à ce niveau une certaine largeur au lieu de se terminer en pointe, comme à l'ordinaire; si l'on éprouve quelque peine à réunir les bords de droite à gauche, il suffit, pour obtenir une bonne solution, c'est-à-dire pour bien tendre les cul-de-sacs vaginaux sans craindre la section des tissus par les fils, d'adopter le mode de réunion angulaire de Doléris.

3^{me} forme : Les deux valves vagino-périnéales sont au contact dans leur partie inférieure; mais on constate au toucher l'affaissement du plancher pelvien.

C'est encore le prolapsus post-abortum ou le prolapsus congénital des débiles. Ici, quand il n'y a pas de dégât péricervical du vagin, l'opération la meilleure m'a paru être la *colpo-périnéoplastie* de Doléris qui, en tassant les fibres profondes du releveur, permet de renforcer beaucoup sa tonicité sans trop fermer la vulve. Ce qui est certain, c'est que les malades en tirent un soulagement immédiat et que l'utérus se relève.

On a eu raison d'insister sur l'importance que présente, au point de vue guérison, l'état général des malades. Je n'ajouterai rien à ce qu'ont dit MM. Bouilly, Tuffier, Reynier, sur la *faiblesse générale des tissus*, et je partage les vues de M. Richelot sur l'influence de l'arthritisme; mais permettez-moi d'en spécifier les effets: je crois que l'arthritisme agit surtout: 1° Par l'entremise de l'obésité qui augmente la poussée de haut en bas, ce qui est un mal, tout en rétrécissant d'ordinaire le vagin, ce qui est un bien; 2° Par l'entremise du varicocèle pelvien dont je vous ai déjà entretenu plusieurs fois et qui certainement s'oppose à l'involution, aggrave les troubles subjectifs et gêne un peu les avivements en les rendant plus sanglants. Le varicocèle pelvien se laisse saisir sous le doigt chez

les femmes maigres ; en tout cas, on est légitimement induit à l'admettre en présence de varices vulvaires et de la lividité du vagin. Je crois qu'il est très utile, une fois la guérison opératoire obtenue, de lui opposer les injections chaudes, les bains salés et surtout une cure thermique à Plombières, Luxeuil ou telle autre station appropriée.

Contrairement à ce qu'on a pu croire, le *degré du prolapsus* importe beaucoup moins que la *notion pathogénique* d'ordre local ou général et ses conséquences sur la modalité de la déviation. Il est toujours possible de donner aux avivements vagino-périnéaux la forme et l'étendue nécessaires.

Le *prolapsus* est-il complet ? Il faut s'efforcer, en les élargissant dans la profondeur, jusqu'à la limite du possible, de créer une étroite cheminée qui équivaut au kolpokleisis sans en avoir les inconvénients ; je n'ai pas fait autre chose chez plusieurs vieilles femmes qui présentaient le degré le plus accentué de la lésion, et qui sont demeurées bien guéries depuis plusieurs années. Chez les femmes de cet âge il faut, dans l'appréciation des dimensions à donner à l'avivement, tenir grand compte du degré de sclérose de la muqueuse et, de plus, réduire complètement le prolapsus avant de prendre ses mesures et avant de serrer les fils, sous peine de grandes difficultés pour la réunion des tissus et la mise en place de l'utérus.

Dans les conditions ordinaires, l'âge avancé de la malade et, par suite, l'atrophie de l'utérus, doit nous porter non pas à extirper cet organe qui a son utilité comme point d'appui supérieur de la statique pelvienne, mais à le traiter en quantité négligeable.

Je n'ampute pas le col utérin de parti pris comme mon ami le D^r Mangin, et j'ai toujours pu me contenter de la résection sous-vaginale de Schröder, qu'il y eût simple hypertrophie du segment vaginal du col ou allongement de son segment isthmique.

Quand la rétroversion ne dépasse pas en arrière l'axe vaginal, c'est-à-dire quand elle est encore fonction du prolapsus, les opérations plastiques sur l'appareil de soutien suffisent ; autrement, s'il s'agit de rétroversion mobile ou mobilisable, il me paraît plus logique d'en finir d'un seul coup, en joignant l'Alexander aux colporrhaphies, que d'avoir à placer ultérieurement un pessaire.

En résumé, dans la grande majorité des cas, les opérations sur l'appareil de soutien suffisent à la guérison du prolapsus génital chez la femme. L'hystéropexie offre de multiples incon

nients ou dangers et peut toujours être remplacée par l'opération d'Alquié Alexander que l'on réservera aux cas spéciaux, précités. L'hystérectomie ne nous paraît admissible que dans les cas de prolapsus irréductible ou de complications telles que fibromes et cancer.

Sur 50 malades dont j'ai gardé l'observation, j'ai pratiqué 35 colpopérinéorraphies, 11 colpopérinéoplasties, 36 colporraphies antérieures, 36 résections du col, 5 Alexander, 1 seule hystérectomie secondaire pour hémorrhagies dues à l'angiosclérose génitale, pas une seule hystéropexie. Je n'ai eu que deux récidives dont l'une après accouchement.

Pour l'opération d'Alexander, je ne me suis jamais départi de la technique primitive. La modification de Kocher me paraît au moins inutile. Par contre, la suppression des fils profonds, suivant le procédé de Franklin-Martin ou tout autre, me paraît digne d'essai, car on a encore parfois des éliminations de fils, malgré les précautions d'asepsie les plus minutieuses. Le fait tient probablement à ce que l'on opère par dilacération sur un tissu très riche en graisse.

Après avoir fait la colpopérinéorraphie par décollement et suivant des étapes successives de haut en bas, comme me l'avait enseigné Doléris, j'ai trouvé beaucoup plus expéditif de recourir, comme M. Bouilly, à l'avivement aux ciseaux de bas en haut. Pour bien tendre le vagin, ce qui est de première importance si l'on veut progresser à l'allure voulue, il suffit évidemment de l'index et du médius dans le rectum et du pouce dans le vagin ; mais il est également très commode d'introduire au préalable dans le rectum un ballon de Pétersen que l'on gonfle modérément.

Quand la cicatrice de la déchirure vagino-périnéale ne remonte pas trop haut dans le vagin, c'est-à-dire quand le plan de clivage vagino-rectal peut se suivre facilement, je crois qu'on peut gagner encore du temps en procédant de la façon suivante : l'incision limitante étant faite à une profondeur suffisante : on décolle de bas en haut en se tenant toujours très rapproché de la surface vaginale et, le lambeau se détachant de lui-même, sur les côtés, au niveau même de l'incision limitante, on arrive en quelques coups de doigt et de ciseaux à sa limite supérieure. (*Soc. Obst. et Gynécologique de Paris.*)

REVUE DE LA PRESSE

Des principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la suture du col utérin.

Par A. L. SMITH, B. A., M. D., M. R. C. S., (Angleterre).

L'expérience que j'ai acquise en pratiquant au-delà de 300 opérations sur le col de la matrice, et en assistant ou prenant part à une centaine d'autres faites par divers opérateurs, m'autorise à signaler pourquoi bon nombre de ces cas non-seulement ne réussissent pas du tout, mais pourquoi les patientes se déclarent même plus mal qu'elles ne l'étaient tout d'abord, ce qui ne manque pas de réjouir ceux qui sont opposés à l'opération. Je m'appliquerai à démontrer qu'elles sont en de tels cas les causes d'insuccès, ce que je ferai aussi clairement que possible, et d'autant plus franchement que j'aurai à parler de mes propres échecs dans mes premières années d'expérience.

L'opération qui consiste à suturer un col utérin lacéré semble être de prime abord la chose la plus simple du monde, mais, pour bien réussir dans un cas grave, je la considère comme l'une des plus difficiles de la petite gynécologie. J'ai vu un jour Emmet, l'inventeur de l'opération qui porte son nom, aidé d'habiles assistants, passer une heure entière à faire une opération qu'un médecin sans expérience aurait considérée comme des plus aisées, peut-être même aurait-il pensé que ça n'était pas la peine d'intervenir en pareil cas.

C'était une de ces déchirures bilatérales guérie par granulation et remplie de tissu cicatriciel induré. L'épithélium cilié du canal intra-cervical avait disparu sous l'action prolongée du nitrate d'argent et l'on ne trouvait plus que du tissu cicatriciel recouvert d'épithélium pavimenteux.

Un opérateur sans expérience aurait simplement déclaré qu'il n'existait pas de déchirure ou tout au plus aurait avivé et suturé ensemble les muqueuses par dessus cet amas de tissu cicatriciel. Au contraire Emmet, armé du tenaculum et des ciseaux et guidé par un tact expérimenté, travailla courageusement pendant plus d'une demi-heure, creusant et enlevant morceaux par morceaux le tissu durci jusqu'à ce qu'il eût rendu à la déchirure sa forme primitive; il sutura alors soigneusement les longues lèvres de la plaie qui se dessinaient jusqu'à l'ouverture intérieure de la matrice. Cette opération ainsi faite guérit par première intention et donna les meilleurs résultats. Les filaments nerveux du grand sympathique irrités depuis des années furent enfin mis au repos. La suture du col bien faite chez une femme dont les organes génitaux ne sont pas affectés d'autres maladies donne les plus satisfaisants et les plus étonnants résultats. J'avoue que j'ai cru autrefois que l'on vantait outre mesure la valeur de cette opération et qu'il

valait mieux, dans un cas peu grave, ne pas opérer ; mais comme la plupart de mes opérées revenaient au bout de deux ou trois mois tout rétablies et à peine reconnaissables tant leur santé s'était améliorée, je devins de plus en plus enchanté de ses bons résultats. Plusieurs de ces patientes s'étaient fait traiter pendant des années pour la dyspepsie, le mal de tête, les palpitations du cœur, la ménorrhagie, les fausses couches, la leucorrhée et pour les douleurs qu'elles éprouvaient en marchant, quelques-unes étaient amaigries et on les regardait déjà comme de futures victimes de la consommation ; et cependant, sans autre traitement qu'une simple suture du col, leur santé se rétablit complètement.

Au fur et à mesure que j'écris ces lignes, il me vient à la mémoire quelques-uns de ces cas ainsi traités, et je comprends qu'il serait intéressant de rapporter au moins ceux qui, à raison de leur gravité et du cortège de souffrances qu'ils occasionnaient, mériteraient surtout une mention spéciale ; mais je ne dois pas m'écarter de mon sujet, ayant voué ce travail aux principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la suture du col utérin.

La première cause d'insuccès, comme je l'ai déjà fait remarquer, repose sur le fait que les opérateurs n'enlèvent pas toujours complètement le tissu cicatriciel qui, qu'elle qu'en soit l'étendue et la profondeur, doit être enlevé parfaitement, et l'on ne doit rien recouvrir autre chose que du tissu tout à fait mou. Si l'on tolère quelque portion de tissu induré ou quelques petits kystes, le résultat sera désastreux pour la santé de la femme, pour l'opérateur en particulier et, jusqu'à un certain point, pour tous les gynécologistes.

Plusieurs femmes me répondent, lorsque je leur conseille de subir quelque opération, qu'elles sont tout à fait opposées à ce genre de traitement, parce que, disent-elles, nous connaissons plusieurs personnes qui, après avoir subi une première opération, ont dû se soumettre à plusieurs autres. D'autres répondent : Une fois que l'on commence à se faire opérer, il n'y a plus de fin. Ainsi donc le fait de ne pas enlever soigneusement tout le tissu cicatriciel d'un col utérin lacéré, peut en certains cas occasionner la mort d'une femme qui s'obstinerait à ne pas vouloir subir d'opération, pour un cas par exemple d'accumulation de pus dans les trompes ou les ovaires.

J'eus sous mes soins, à l'hôpital Western, une femme qui se plaignait beaucoup de symptômes réflexes ; elle me dit qu'il y avait déjà plusieurs années, un gynécologiste américain l'avait opérée aux Etats-Unis. Cependant lorsqu'elle exposa devant l'auditoire la série de symptômes qu'elle présentait, un étudiant fit aussitôt remarquer que la patiente devait souffrir d'une déchirure du col utérin, mais elle déclara à ce propos qu'elle avait déjà subi une opération ; et en effet le col de la matrice présentait un cône parfait avec un tout petit canal cervical. Mais si l'on examinait attentivement, il était facile de découvrir une petite tumeur

de la grosseur d'une fève ensevelie sous la peau et faisant l'effet d'un corps étranger. On opéra de nouveau et il fallut enlever des amas de tissu cicatriciel accumulés dans les angles, et entre autre, cette petite tumeur dont je viens de parler et qui était remplie d'un liquide épais et filant : le résultat fut des plus satisfaisants et les symptômes réflexes disparurent bientôt. Une autre patiente que j'ai traitée à l'Hôpital Samaritain avait été sous les soins de plusieurs médecins, lorsque le Dr Macnamara, soupçonnant le col comme origine première de ces symptômes réflexes, l'examina et découvrit une large déchirure du col utérin pour laquelle cette femme s'était soumise à l'opération depuis à peine un an ; le tissu cicatriciel n'avait pas été enlevé : aussi le résultat le plus désastreux s'ensuivit.

Pendant qu'elle attendait à l'hôpital le jour où devait avoir lieu son opération, elle eut de 3 à 4 attaques de convulsions hystéro-épileptiques par jour. On pratiqua l'opération de Shrøder et il fallut enlever le tissu induré à une profondeur d'au moins un pouce et demi, comprenant dans les incisions les parties qui avaient préalablement été enlevées. Le résultat fut très satisfaisant ; cette malade qui, au dire de son médecin, ne passait pas une journée sans avoir quelqu'attaque de convulsions, n'en présenta les symptômes qu'une ou deux fois durant les quatre semaines qu'elle passa à l'hôpital après son opération. Pour de tels cas, l'opération d'Emmet ne vaut rien, pour la simple raison que la muqueuse intracervicale elle-même est sérieusement affectée.

Certainement l'opération de Shrøder est très difficile pour un commençant qui n'a pas beaucoup d'expérience dans ces opérations plastiques, car elle demande beaucoup de rapidité à cause de l'hémorrhagie qui se produit sans relâche tout le temps de l'opération, mais c'est une magnifique opération, qui, une fois bien faite, ne laisse pas la moindre parcelle de tissu cicatriciel ou induré dans le canal cervical et qui procure à la femme le grand avantage d'une délivrance aisée à son prochain enfant. En effet, la première période de l'accouchement, qui est celle de dilatation, se trouve en grande partie supprimée par le fait que les fibres circulaires qui s'opposent à la dilataction ont été enlevées.

Quelques médecins sont d'opinion que le col utérin se déchire toujours s'il survient un nouvel accouchement chez une femme qui a subi l'opération d'Emmet. Ceci n'est pas conforme à l'expérience, bien que ce soit une objection sérieuse ; cependant si, dans ces cas, l'accoucheur a le soin de ne pas crever trop tôt la poche des eaux, de laisser faire le travail de la dilatation bien naturellement et même de modérer l'activité des contractions utérines au moyen de quelques doses d'opium, il est probable que le col ne subira pas une nouvelle déchirure.

Une autre cause d'insuccès est le manque de préparation de la malade : si c'est un cas de vieille déchirure remplie de tissus sclérosés, il faut tenir la malade au lit pendant une ou deux semaines et lui donner 3

douches par jour d'environ deux gallons d'eau à une température de 116° F.

En même temps on emploiera avec avantage le scarificateur de Buttler, avec lequel on videra les kystes et les vaisseaux sanguins engorgés. Il est étonnant de voir les résultats que l'on peut obtenir par ce moyen sur un col très hypertrophié: on le voit souvent au bout de quelques jours reprendre ses dimensions normales.

Si l'on néglige ces précautions et si l'on accole l'un à l'autre les lambeaux congestionnés et hypertrophiés, il est bien probable que l'union n'aura pas lieu. Voici encore un fait qui nuit très souvent au succès de l'opération, c'est l'enlèvement de la membrane muqueuse cervicale sur une trop grande étendue; l'opérateur songe d'abord à en laisser suffisamment, mais pendant l'excitation que lui cause l'opération, il dépasse les limites qu'il s'était fixées, d'abord sur un côté, puis sur un autre, et le canal cervical se trouve ainsi réduit après suture à 6 ou 8 centimètres de circonférence et à 2 ou 3 de diamètre; la dyménorrhée s'ensuit généralement et la patiente doit subir une nouvelle opération qui consiste à dilater le col utérin.

Cependant, la négligence ou plutôt l'inhabilité de l'opérateur à reconnaître chez sa patiente une rétroversion avec adhérences ou bien encore une maladie quelconque des annexes utérines, est bien la cause principale pour laquelle tant de malades ne retirent aucun bénéfice de leur opération; ce n'est pas toujours la faute du médecin, car souvent après avoir expliqué à une femme qu'elle souffre à la fois d'une déchirure du col utérin et d'une maladie grave des annexes; qu'une opération absolument sans danger peut guérir la matrice, mais que l'opération qui consiste à enlever les trompes et les ovaires, surtout lorsqu'il existe beaucoup d'adhérences, n'est pas sans présenter quelque danger, elle s'y oppose en général et nous demande de faire d'abord ce qui peut être fait sans danger, espérant par là qu'elle sera suffisamment rétablie.

Mais j'en suis venu à la conclusion qu'on ne doit jamais suturer un col utérin chez une femme dont les trompes et les ovaires sont à l'état d'inflammation chronique si l'on n'enlève pas ces derniers sur-le-champ. Si l'on ne doit faire qu'une opération à la fois, je pense que la laparotomie doit être faite d'abord, car la fermeture plus ou moins complète du col nuit au drainage et, de plus, les tractions sur la matrice, lorsque les trompes et les ovaires sont adhérents, sont souvent suivies de fâcheux résultats. Je crains beaucoup ces diverses causes d'insuccès parce que, si une femme consent à subir une opération et si elle est désappointée quant aux résultats qu'elle en attend, elle ira disant à tous le mal qu'on lui a fait endurer inutilement, faisant ainsi, à tort ou à raison, un dommage considérable aux gynécologistes en général et surtout au médecin qui l'aura traitée; c'est pourquoi j'ai pris comme règle générale de faire en une séance toutes les opérations que requiert l'état de la malade, telles que dilatation, curettage, amputation du col,

périnéorrhaphie, ovariectomie; hystéropexie. Ainsi un médecin qui entreprend de faire une suture du col utérin, doit être bien au courant des maladies des organes génitaux, afin de n'en laisser subsister aucune qui pourrait gêner le résultat de son opération: ce doit être un médecin qui est à même d'examiner chaque jour nombre de femmes afin de pouvoir établir une différence bien marquée entre les organes sains et ceux qui ne le sont pas ou qui sont à un degré plus ou moins avancé de maladie; enfin, ce doit être un gynécologue compétent et prêt à entreprendre au besoin n'importe quelle opération du domaine de la gynécologie.

Le raccourcissement des ligaments ronds

M. EDG. SNYERS donne lecture d'un travail sur le raccourcissement des ligaments ronds dans les déplacements de la matrice:

Cette opération a été très discutée et sa valeur est actuellement encore contestée par beaucoup de chirurgiens. M. Snyers attribue ce discrédit à ce que l'intervention a été faite quand elle n'était pas indiquée, ou bien parce que le procédé opératoire était incomplet ou défectueux.

Pour être efficace, l'opération doit comprendre l'ouverture du canal inguinal dans toute son étendue et la fixation de la partie utérine du cordon dans toute l'étendue du canal lors de la fermeture de ce dernier. En outre elle doit être accompagnée des opérations complémentaires et notamment, dans les prolapsus, de larges plastiques vaginales et vulvo-périnéales.

Le raccourcissement est indiqué dans les rétrodéviations quand l'utérus est mobile ou a été rendu mobilisable par un traitement préalable. Il rend de grands services dans les prolapsus à tous les degrés.

M. Snyers a opéré dix cas: cinq pour rétrodéviations, avec succès, et cinq pour prolapsus, dont deux avec succès maintenus après deux ans, une récurrence après deux mois et deux résultats actuellement inconnus.

Une de ces opérées, après avoir été stérile pendant sept ans par suite de son affection, est devenue enceinte quelque temps après l'opération et a accouché sans incident notable.

NOUVELLES

ENSEIGNEMENT OBSTÉTRICAL ET GYNÉCOLOGIQUE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — COURS ET CONFÉRENCES CLINIQUES. — *Hôpital de la Pitié*: le D^r Doléris (obstétrique, suite de couches et gynécologie), mardi et vendredi à 10 h. 1/2.

Hôpital Saint-Antoine: le D^r A. Siredey (maladies des femmes), vendredi à 9 heures.

Hôpital Baujon: le D^r Th. Anger (clinique chirurgicale et opérations), mardi et jeudi à 9 heures. — Le D^r Championnière (opérations abdominales), vendredi à 9 heures. — Le D^r Ribemont-Dessaigne (obstétrique), tous les jours à 9 h. 1/2.

Hôpital Cochin : le Dr Quenu (clinique chirurgicale et opérations), tous les jours à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis : le Dr Richelot (clinique chirurgicale et opérations), mardi, jeudi et samedi à 9 heures. — Le Dr Bar (obstétrique), tous les jours à 9 heures.

Hôpital Broca : le Dr Pozzi (clinique gynécologique), lundi et vendredi à 9 heures.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE REIMS. — M. de Bovis, docteur, est institué pour une période de neuf ans Suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 8 novembre 1897 devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du dit concours.

* *

La Société française d'Hygiène, dans sa dernière séance, a proclamé les noms des lauréats du concours de 1896 :

Médailles de vermeil (*ex-æquo*) : M. G. Baudran, pharmacien à Beauvais (Oise), déjà lauréat de la Société aux concours de 1894 et 1895 ; M. le Dr Alexandre Faïdherbe, à Roubaix (Nord).

Médailles d'argent (*ex-æquo*) : M. le Dr Coindreau, médecin-major au 93^e régiment d'infanterie, à La Roche-sur-Yon (Vendée), déjà lauréat du concours de 1892 ; M. le Dr Bignami, à Alfaniello, province de Brescia (Italie).

Médailles de bronze : M. le Dr Foveau de Courmelles, de Paris ; M. Reverchon, instituteur à Autoreille (Haute-Saône), déjà lauréat du concours de 1890 ; M. le Dr Bauzon, de Châlons-sur-Saône, déjà lauréat du concours de 1893 ; M. le Dr Haan, au Havre (Seine-Inférieure.)

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy.*

Véritables GRAINS de SANTE du D^r FRANCK
Aloés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hystéroskopie

Par M. le Dr Albert PRIEUR.

L'hystéroskopie est un nouveau mot désignant un nouveau procédé d'exploration sur lequel M. Fernand COGREL va publier un intéressant travail, — travail dont nous sommes heureux de donner, les premiers, un aperçu :

*
**

L'hystéroskopie est l'exploration de la cavité utérine à l'aide d'un instrument qu'on peut appeler soit spéculum utérin, soit hystéroscope, auquel est annexé un appareil optique spécial.

La tentative est nouvelle et — avant même de pouvoir prévoir tous les résultats qu'elle donnera — il faut féliciter hautement de

FEUILLETON

Le sein hystérique.

Un nouveau chapitre s'ajoute à l'histoire de l'hystérie, dans la série déjà longue des troubles trophiques qui relèvent de la névrose.

Gilles de la Tourette (1) a récemment décrit une variété d'œdème hystérique localisé au sein chez la femme, affection qui intéresse à la fois les médecins et les chirurgiens.

(1) *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n^o 2, 1895, et *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie*, 11^e vol. — Plon et Nourrit, édit.

Le sein hystérique, en effet, a donné lieu à nombre d'erreurs de diagnostic ; souvent même, les chirurgiens consultés ont pratiqué l'ablation de l'organe qui, dans la circonstance, était justiciable de la seule intervention médicale : il s'agit, en effet, d'un type des plus nets de ces *hystéries locales* décrites par Brodie.

La première observation semble remonter à Willis (1678) : Une jeune fille de seize ans fut prise d'accidents hystériques à la suite d'une contusion du sein. Le gonflement et la douleur qu'elle y ressentait coïncidaient toujours avec les attaques. L'affection guérit à la suite d'une grossesse, en même temps que les crises convulsives disparurent. Frédéric Hoffmann

leur initiative MM. Duplay et Clado sous la direction desquels M. Cogrel vient d'entreprendre le travail dont nous allons parler.

La tentative est nouvelle : « Il est surprenant, dit M. Cogrel, que malgré les immenses services rendus par l'endoscopie, on n'ait pas cherché à l'utiliser dans l'exploration de l'utérus. Cela tient sans doute à l'exiguïté de la capacité de cet organe, qui ne permet pas, dans son intérieur, l'évolution aisée des instruments. Cela tient encore sans doute à ce fait que les cystoscopes à lumière interne qui fournissent de si bons résultats sont, pour différentes raisons, inapplicables ici, et que les cystoscopes à lumière externe tels qu'on les emploie pour la vessie et l'urètre ne sont pas davantage utilisables. C'est à peine si, après de patientes recherches, j'ai trouvé dans une revue une indication de quelques tentatives faites en Amérique (Morris (R. T.) : Endoscopic tubes for direct inspection of the interior of the Bladder and uterus. Tr. Am. Ass. Obst. and Gynec., 1893, Phila., vi, 275-277) (1). Malheureusement je n'ai pu me procurer à Paris le numéro de ce journal, et une lettre que j'ai adressée à la rédaction est restée jusqu'ici sans réponse. D'autre part, à en juger par le silence qui a accueilli la communication de l'auteur, aussi bien dans la presse américaine que dans la presse européenne, j'ai tout lieu de croire qu'il n'a pas dû donner à la question un développement d'une valeur pratique suffisante. »

(1) Nous donnerons dans le prochain numéro la traduction de l'article du Dr R. T. Morris, que nous avons trouvé dans notre bibliothèque. D^r A.-F. P.

a rapporté deux observations de gonflement douloureux des deux seins, coïncidant avec des attaques d'hystérie ; l'une de ses malades avait en même temps des *sueurs de sang* et de l'angine de poitrine hystérique.

Les plus intéressantes relations des auteurs anciens concernant le sein hystérique se trouvent dans le livre de Carré de Montgeron, consacré à la description des miracles survenus autour du tombeau du diacre Paris. Deux cas, celui de la demoiselle Coirin et celui d'Anne Augier, sont particulièrement instructifs : l'œdème s'étant accompagné d'ulcération du mamelon, on crut avoir affaire à deux cas de cancer. La guérison merveilleuse attribuée au pouvoir miraculeux

de la terre recueillie sur le tombeau du diacre Paris est conforme à la nature hystérique de l'affection dans l'un et l'autre cas.

Gilles de la Tourette en a fait une critique complète, et le premier de ces deux miracles doit être traduit en langage médical par l'observation suivante :

« Attaques syncopales d'hystérie nées sous l'influence d'un traumatisme ; œdème bleu du sein gauche dont le processus est assez intense pour produire la gangrène de la peau, limitée au mamelon ; infection secondaire de la plaie ainsi produite et suppuration qui détermine un engorgement des ganglions axillaires ; phénomènes de paralysie s'accompagnant d'atrophie

Il eût été intéressant de connaître le procédé de l'auteur américain : en tous cas, M. Cogrel a eu raison de signaler l'inutilité de ses tentatives pour se le procurer, car si le procédé du premier a avec le sien quelque analogie, on ne pourra pas dire que le travail français a été inspiré par l'autre.

Examinons rapidement l'outillage.

Il se compose naturellement de speculums utérins spéciaux et d'un appareil d'éclairage.

Les speculums sont de deux formes : les uns sont cylindriques, les autres bivalves. Tous sont entièrement en métal pour permettre leur stérilisation à haute température.

Les hystérosopes cylindriques, qu'ils soient à tambour ou à pavillon — distinction importante seulement en ce qui concerne l'appareil optique à employer — sont en somme des cylindres creux, taillés en biseau à leur extrémité, contenant dans leur cavité un mandrin — tige flexible pour les hystérosopes à tambour, cylindre plein pour les hystérosopes à pavillon — qui, par sa terminaison mousse, présente l'avantage de rétablir la continuité des surfaces, détruite par la section en biseau des hystérosopes, et par suite permet d'éviter dans l'introduction de l'instrument toute fausse route ou déchirure.

Le pavillon qui s'ouvre à l'extrémité extra-abdominale de certains

musculaire ; guérison subite de la paralysie et progressive de l'atrophie ; disparition de l'œdème et, par suite, guérison de l'ulcère par cicatrice chéloïdienne simulant le mamelon disparu par gangrène : tels sont les éléments de cette intéressante observation dans laquelle les phénomènes du sein hystérique persistent pendant douze années et où le diagnostic de cancer, pour lequel on proposa l'amputation, fut porté dès le début de l'affection. »

A la fin du siècle dernier, P. Pomme a esquissé quelques caractères cliniques de sein hystérique.

Après lui, Watson, Astley Cooper ont encore signalé quelques exemples.

Mais c'est Brodie qui a donné la première description complète et

signalé les erreurs de diagnostic auxquelles expose cette affection. Toutefois, il rejette de l'hystérie les cas où il existe une tumeur dans la mamelle. Landouzy, Briquet confirment par des exemples la description de Brodie.

Plus récemment, des faits étudiés avec détails ont été rapportés par Liouville, Connard, Bourneville et Regnard, Fabre, Wever, Féré, Fowler, etc.

Enfin, en 1893, Gilles de la Tourette présentait au 7^e congrès de chirurgie un exposé complet de la question, attirant en outre l'attention sur les *humeurs de la mamelle* d'origine hystérique qui accompagnent souvent l'œdème du sein.

On note assez souvent dans l'étiolo-

hystérosopes est chargé de recueillir les rayons lumineux réfléchis.

L'hystéroscope bivalve est ingénieux. Il est constitué par deux valves juxtaposées et articulées entre elles. Chacune de ces valves est en même temps recourbée légèrement, mais chacune en sens inverse, si bien que tout en se regardant par leur concavité (comme dans un speculum ordinaire) elles sont en somme articulées par leur convexité, cette convexité à grand rayon qu'elles présentent suivant leur longueur. Il en résulte que lorsque les deux valves sont rapprochées par leurs parties antérieures, les parties postérieures s'écartent, et réciproquement.

Chacune de ces valves, à la façon d'un speculum vaginal, se termine d'une façon mousse et, par un rebord saillant à son extrémité semi-circulaire, par une surface lisse à son autre extrémité, qui est celle destinée à être introduite dans la cavité utérine. De plus, cette dernière extrémité présente, sur une valve seulement, une petite fenêtre.

« La longueur de chaque valve, et par conséquent celle du speculum entier, est égale à la longueur de l'axe de la cavité utéro-cervicale à l'état normal. L'articulation divise l'instrument en deux parties sensiblement égales. On introduit l'hystéroscope dans le col utérin par sa partie fenestrée ; la cavité cervicale, en raison de l'étroitesse de ses dimensions, maintient d'abord cette portion fermée, mais aussitôt que l'articulation arrive au niveau de l'isthme, la seconde moitié de l'hystéroscope, qui se trouve alors emprisonnée à la place de la première dans la cavité du col, est fermée à son

gie du sein hystérique un traumatisme local, point de départ de la manifestation dystrophique. L'affection survient en général chez des femmes atteintes de troubles de la menstruation. Il n'y a pas d'exemple signalé chez l'homme.

Un seul sein est atteint en général ; cependant, F. Hoffmann, Liouville, Gilles de la Tourette ont signalé des cas où les deux mamelles étaient le siège de l'affection.

Pour la description du sein hystérique, on ne peut mieux faire que de se rapporter au tableau très complet qu'en présente Gilles de la Tourette.

« Dans son ensemble, l'affection hystérique du sein consiste en une

augmentation temporaire ou permanente du volume de l'organe avec hyperesthésie considérable de la peau qui recouvre la mamelle. »

Il s'agit d'une zone hyperesthésique hystérogène dont l'exaltation, mise en œuvre par des causes diverses, conduit, dans tous ces cas, à un paroxysme convulsif dont l'aura part de la mamelle.

Au moment de la crise il se produit localement la série des phénomènes vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème et parfois, peut-être, à la gangrène de la peau.

L'hyperesthésie de la peau du sein, notée dans tous les cas, ne diffère pas des hyperesthésies du tégument

tour. Il se produit aussitôt, autour de l'articulation, un mouvement de bascule par suite duquel la moitié qui a dépassé l'isthme, et qui est engagée à fond dans la cavité utérine, s'ouvre tout entière, en écartant les parois de la région postéro-supérieure de la cavité utérine. Les valves s'écartant transversalement, en raison de la position qu'on leur a donnée à cet effet en les introduisant, les bords de l'utérus sont distendus et l'examen en est rendu facile. En somme, tout le travail d'ouverture du spéculum est dévolu à la disposition de la cavité cervicale et de l'isthme. L'opérateur n'a qu'à pousser, l'utérus fait le reste. »

(La petite fenêtre pratiquée dans une valve devait permettre d'examiner les cornes utérines.)

Ceci une fois compris, voici comment est constitué l'hystéroscope dont se sert ordinairement M. Clado, et de tous le plus commode.

Il se compose d'un tube hystéroscopique quelconque, en général un tube à pavillon, à l'extrémité vaginale duquel s'adapte un appareil éclaireur.

Le tube hystéroscopique est glacé dans sa moitié inférieure, noirci dans la supérieure. Cette disposition permet aux rayons lumineux, dirigés en partie dans l'axe du tube, de venir se briser en masse sur la moitié inférieure et de donner une lumière diffuse qui éclaire le point circonscrit par l'extrémité antérieure de l'instrument. La moitié supérieure, noircie, empêche le rayonnement

externe des autres régions du corps. Elle est beaucoup plus marquée lors d'une friction légère, superficielle, qu'à l'occasion d'une pression large et profonde. Elle est parfois si exquise que les malades ne peuvent supporter le frôlement de la chemise alors que, dans certains cas, mais non dans tous, la pression du corset semble soulager les phénomènes douloureux. Certaines malades toutefois doivent renoncer à cet appareil de contention des seins.

L'hyperesthésie existe à l'état permanent, mais elle s'accroît à certains moments sous l'influence des causes qui président ordinairement à l'exaltation des zones hyperesthésiques, lesquelles se transforment alors

en zones hystérogènes. La pression directe, les émotions vives peuvent faire entrer la zone du sein en action, de même qu'elle subit l'influence de l'excitation des zones du voisinage ou de celles qui, siégeant au niveau du vagin ou de l'utérus, s'exaltent au moment des règles.

Au moment où, sous l'action de ces diverses causes, s'exalte la zone de la région mammaire, le ou les seins deviennent spontanément le siège de picotements, d'élancements parfois très douloureux, à caractère névralgique. La mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige, l'organe tout entier augmente dans des proportions considérables qui peuvent en doubler le

trop étendu de la lumière et s'oppose à la formation d'images multiples qui pourraient gêner l'observation.

Le système éclaireur est constitué par un manchon que ferme, à l'une de ses extrémités, un plateau de caoutchouc vulcanisé et que termine à son autre extrémité une lentille fortement convexe, presque hémisphérique, destinée à multiplier l'intensité de la lumière. La lampe électrique se trouve au milieu du manchon, isolée de toutes parts de la surface interne de ce dernier par un anneau isolant. A l'extrémité du manchon, opposée à la lentille, prennent naissance deux fils électriques en rapport direct avec l'anse de la lampe. L'appareil de fixation de l'instrument est composé de trois tiges métalliques qui permettent de faire décrire à l'ensemble tous les mouvements désirés. L'opérateur observe par la demi-circonférence inférieure du tube.

M. Clado a imaginé un second dispositif de façon à supprimer la déperdition de lumière qui s'effectue par les côtés de la lentille. Il a adapté au cylindre éclairant un miroir orienté d'une façon telle que les rayons venant de la lentille sont réfléchis par lui à angle droit dans l'axe du tube hystéroscopique ; de plus, il est percé d'un orifice en son centre : à ce dernier point de vue, on le voit, l'appareil éclaireur Clado ressemble beaucoup à celui d'un appareil frontal.

* *

La technique opératoire est, dès maintenant, très facile à comprendre.

Il est tout d'abord nécessaire de dilater le col utérin avec des

volume, sinon plus. Souvent la douleur ne reste pas localisée ; outre les phénomènes de l'aura propagée : sensation de strangulation, troubles céphaliques, etc., elle s'irradie, comme l'avait vu Brodie, du côté de l'aisselle, du rachis, s'unissant aux phénomènes douloureux partis d'autres zones hystérogènes de voisinage, qui s'exaltent pour leur propre compte. C'est ainsi qu'elle peut s'accompagner des symptômes de l'angine de poitrine hystérique, ainsi que l'a noté Le Cler.

Au moment où le gonflement du sein est à son *summum*, l'accès éclate, soit sous forme de chorée (rythmée), comme l'avait indiqué Brodie, soit

sous forme de paroxysme ordinaire. Toutefois, les douleurs qui accompagnent le gonflement de la mamelle dominent le paroxysme et lui donnent un caractère particulier.

Il va sans dire que le paroxysme convulsif n'est pas un accompagnement obligé de l'exaltation de la zone hystérogène mammaire ; il est bien rare cependant qu'au moment des crises de gonflement du sein, on n'observe pas quelques-uns des phénomènes prémonitoires ou constitutifs de l'attaque.

(à suivre)

tiges de lamineaires qu'on laissera un temps variant entre douze et quarante-huit heures, après les avoir enfoncées bien à fond.

Le moment d'examiner étant venu, l'antisepsie préalable la plus rigoureuse étant pratiquée, on fait placer la femme dans la position ordinaire (l'emploi du chloroforme est facultatif) et on introduit le spéculum vaginal. Notons, en passant, que si on peut se servir du spéculum ordinaire, on aura grand avantage à se servir d'un spéculum spécial, bivalve, imaginé par Clado et permettant d'obtenir un écartement considérable et fixe des parois vaginales.

Faut-il abaisser l'utérus? Oui, toutes les fois que la chose sera possible, c'est-à-dire toutes les fois qu'il n'existera ni lésions péri-utérines, ni lésions annexielles, ni douleurs à l'abaissement. On comprend que l'abaissement de l'utérus permettra l'emploi d'un hystéroscope court, d'où une plus grande facilité de l'examen.

Le col une fois immobilisé à l'aide d'une pince quelconque, l'hystéroscope rigoureusement aseptisé est introduit et poussé doucement, armé de son mandrin, dans la cavité dilatée du col. Généralement il franchit le canal cervico-utérin avec assez de facilité et atteint rapidement le fond de l'organe. Puis on fixe l'appareil éclaireur.

Le premier point qui tombe sous le regard est nécessairement le fond de l'utérus. On incline l'instrument à droite et à gauche par des mouvements lents et dirigés de manière à déplacer l'extrémité profonde suivant la ligne transversale de la base de l'organe. Pour examiner le reste de la cavité, il faut retirer peu à peu l'instrument jusqu'à l'orifice du col utérin : dans cette manœuvre on voit les deux parois de la cavité utérine faire hernie, pour ainsi dire, au travers de l'orifice profond de l'instrument. Pour observer une plus grande partie des parois utérines, il est nécessaire de faire décrire à l'hystéroscope des mouvements de rotation à droite et à gauche, de façon à mettre la section en biseau en rapport avec une portion plus grande de chaque paroi.

On peut dire qu'en principe quatre positions de l'instrument sont nécessaires pour l'examen de la cavité utérine : une première position permet d'examiner le fond ; — une seconde permet d'examiner la ligne médiane ; — une troisième et une quatrième permettent d'examiner les parties latérales et les angles.

En somme, l'emploi de l'instrument de M. Clado est très simple.

Si des impuretés (sang, pus) viennent à envahir le tube endoscopique, on déplace rapidement l'appareil, on éponge, on irrigue, puis on ramène la lumière, on éclaire et on regarde à nouveau.

D'autre part, ces différentes manœuvres ne sont aucunement gênées par l'appareil éclaireur qui peut être écarté du champ opératoire grâce aux articulations de son appareil de suspension.

*
*
*

L'exploration intra-utérine est en général indolore, pourvu que les manœuvres en soient exécutées avec douceur. L'instrument mis en place est une gêne moins considérable que la tige de laminaire. Alors même qu'on lui imprime des mouvements, il n'occasionne pour la malade que peu ou point de douleur.

Il va sans dire qu'on peut, si c'est nécessaire, cocaïner la cavité utérine ; on pourra enfin avoir recours au chloroforme.

Dans certains cas, l'instrument est arrêté au niveau de l'isthme de l'utérus, soit que le canal ait été insuffisamment dilaté, soit qu'une contraction spasmodique vienne s'opposer à sa progression. Dans le premier cas, on doit laisser le tube avec lequel on opère pour en prendre un autre plus mince qui soit en rapport avec le degré de dilatation obtenu ; rien n'empêche, dans la suite, de pousser plus loin la dilatation en vue d'un nouvel examen. Pour ce qui est des contractions spasmodiques, il suffit d'attendre quelques instants pour les voir se dissiper d'elles-mêmes et permettre la progression de l'instrument jusqu'au fond de la cavité.

Il est bon, surtout dans les cas pathologiques, de procéder au nettoyage de la cavité même de l'utérus, non seulement pour obtenir une désinfection nécessaire, mais encore pour débarrasser la cavité utérine du pus, du sang, des caillots, du mucus et autres débris qui peuvent s'y trouver et s'y accumuler. On aura naturellement recours à l'irrigation ; puis avec un tampon de ouate, à mesure qu'une impureté se présentera sur la portion examinée, on l'ôtera délicatement, aussi délicatement que possible pour éviter de faire saigner la cavité utérine. On est quelquefois obligé de retirer le tube hystéroscopique introduit et de faire une seconde irrigation chaude avant de le remettre.

On peut aussi employer un autre moyen qui consiste à examiner la muqueuse par petites portions de territoire. Supposons que l'on veuille observer une partie de la paroi postérieure : on attire en avant et en haut, à l'aide d'une pince, la lèvre antérieure du col, pendant que le tube endoscopique est orienté de façon à présenter son orifice biseauté à la paroi postérieure de l'organe. On le fixe sur ce point qu'on nettoie tout à son aise avec des tampons. La même manœuvre, pratiquée en sens inverse, permet d'observer les différentes portions de la paroi antérieure.

« Je tiens à faire observer, dit M. Cogrel, que l'hystéroscopie ne constitue nullement un examen dangereux, je dirai même qu'elle est tout à fait inoffensive. Pratiquée pendant six mois l'année dernière, soit par nos maîtres, MM. Duplay et Clado, soit par les internes de service, soit par moi-même, elle s'est montrée d'une innocuité absolue. Jamais de fièvre, jamais de douleurs, ni de phénomènes inflammatoires. Les deux ou trois accidents fébriles ou douloureux que j'ai eu l'occasion d'enregistrer ont pu recevoir une explication : ils résulteraient, soit d'une antiseptie défectueuse, soit de tractions trop fortes exercées sur l'organe utérin pour réaliser un prolapsus artificiel. Connaître cet inconvénient, c'est pouvoir, pour les examens à venir, y obvier facilement.

Après avoir montré la supériorité de l'hystéroscopie sur l'hystérométrie dont les résultats sont insuffisants, sur le toucher intra-utérin, souvent impossible et quelquefois très dangereux, sur l'exploration de Vuillet, de Genève, qui exige une longue dilatation, nécessite l'emploi d'un instrument qui dérape facilement et qui ne permet d'examiner la cavité utérine qu'à la lumière du jour, M. Cogrel, dans un résumé des résultats qu'on a obtenus jusqu'à ce jour, grâce à l'hystéroscopie, dans le service gynécologique de l'Hôtel-Dieu, continue ainsi :

« Les résultats fournis au point de vue du diagnostic peuvent être positifs ou négatifs. Dans l'un et l'autre cas, ils sont utilisables. Le diagnostic d'une lésion jusque-là soupçonnée, basé sur la vue directe, est posé pour la suite sur des bases indiscutables. Inversement, si l'examen hystéroscopique montre vierge de toute tumeur un utérus soupçonné d'en contenir, il y a là un résultat négatif, mais néanmoins décisif pour le traitement.

Il est de notoriété publique que nombre de fois des cliniciens d'un très grand mérite ont commis des erreurs de diagnostic, dont la conséquence a été une thérapeutique préjudiciable à la malade. Ainsi, on a extirpé des utérus réputés carcinomateux sans qu'il y eût ombre de tumeur dans la matrice. Dans des cas de ce genre, l'hystéroscopie fixe le diagnostic : nécessairement la thérapeutique subséquente ne peut que gagner à cette précision.

Parmi les maladies de l'utérus dans lesquelles l'hystéroscopie s'est montrée d'une très grande utilité, je prendrai quelques types que je classerai dans l'ordre suivant :

- 1° Corps étranger de la matrice.
- 2° Tumeurs de l'utérus.
- 3° Métrite productive.
- 4° Grossesse extra-utérine.

1° Chez une femme amenée dans le service de l'hotel-Dieu avec le diagnostic d'embryon de trois mois macéré dans la cavité utérine, l'hystéroscope a permis de corriger une erreur. La tumeur, qui était palpable par la région hypogastrique, a été reconnue à la vue comme uniquement composée de deux fragments d'une éponge (préparée) du volume du poing, fixés à la paroi antérieur de l'organe.

Elle a été extraite séance tenante avec des pinces et la curette mousse. Dans un autre cas, nous avons découvert dans la cavité utérine un gros fragment ainsi que de petites coquilles d'une laminaire brisée à l'insu de l'opérateur.

2° Parmi les tumeurs qui ont été diagnostiquées à l'aide de l'hystéroscope, je ne citerai que des épithéliomas, un deciduum et un corps fibreux pédiculé dont on a pu voir le pédicule.

3° Dans cette catégorie d'affections je citerai plusieurs cas de métrites polypeuses dans lesquelles le procédé en question nous a donné le moyen de reconnaître le polype muqueux, sa longueur et son mode d'implantation.

Je ne dirai rien des métrites non productives, car la question est encore à l'étude.

Cependant je crois savoir que M. Duplay a déjà obtenu dans son service quelques résultats qu'il pense pouvoir utiliser en vue du diagnostic et de la thérapeutique des métrites.

4° Dans un cas de grossesse extra-utérine, le diagnostic était incertain. MM. Duplay et Clado ont vu manifestement, sur un point de la paroi postérieure, un épaississement localisé de la muqueuse utérine garnie de petites végétations filiformes tranchant sur le reste de la muqueuse. Cette sorte de caduque leur a permis d'affirmer la grossesse extra-utérine. La laparotomie, en effet, a dévoilé dans une des trompes un embryon de quatre semaines environ, englobé de caillots. Ici, par conséquent, l'hystéroscopie a été d'une très grande utilité en permettant d'assurer le diagnostic et de faciliter l'intervention.

Je n'insiste pas plus longtemps sur ces faits que je rapproche d'une façon générale pour faire voir les avantages de la méthode d'examen qui constitue l'objet de ce travail.

Malheureusement, si une lésion est vue facilement à l'hystéroscope et même dans tous ses détails lorsqu'elle est circonscrite, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une tumeur volumineuse dont il est à peu près impossible de contourner les limites, de reconnaître les connexions avec les parois utérines, leur mode d'im-

plantation, leur étendue, etc.... Dans ce cas, la méthode hystéroscopique nous permet de poser le diagnostic, d'affirmer que telle ou telle partie de la paroi utérine a été respectée, mais tout se borne là. »

REVUE DE LA PRESSE

Les Thèses de la Faculté

(Juillet 1896)

SCHMID : Métrorrhagies et métrite hémorrhagique.

Métrite hémorrhagique et métrorrhagie sont deux termes trop souvent encore confondus en clinique. M. Schmid, après avoir passé en revue les différentes affections génitales qui s'accompagnent de métrorrhagie, arrive aux conclusions suivantes. Il n'existe pas de métrorrhagies essentielles : celles-ci sont sous la dépendance soit d'une maladie médicale, soit d'une affection annexielle, soit d'un trouble du système circulatoire utérin. Les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause sont sous la dépendance d'un défaut de tonus général des systèmes musculaire, vasculaire ou nerveux ; elles sont passagères et curables, soit spontanément, soit par des moyens très simples. Les métrorrhagies qui accompagnent les tumeurs de l'utérus ou les lésions annexielles ne sont pas dues à des altérations de la muqueuse utérine, mais plutôt à des réflexes congestifs.

Dans la première phase des métrites aiguës, des hémorrhagies assez fréquentes sont dues à la destruction du tissu embryonnaire qui remplace la muqueuse. Dans les métrites chroniques, les ménorrhagies sont dues généralement à une végétation ou à un polype vasculaire : on ne peut donc donner à ces cas le nom de métrites hémorrhagiques, étant donnée la diversité des altérations, et il ne s'agit là que de métrorrhagie, dans le cours de certaines métrites.

A part la rétention du placenta ou d'un gros cotylédon, il survient après l'avortement une altération de la muqueuse s'accompagnant d'hémorrhagies : on se trouve là en face d'une endométrite déciduale caractérisée par la présence des grandes cellules de la caduque autour desquelles se montrent de nombreuses cellules embryonnaires.

Il existe une métrite hémorrhagique au sens anatomique du mot. Les lésions portent sur les vaisseaux de la muqueuse et du muscle. C'est la dégénérescence angiomateuse de Quenu. L'évolution de cette maladie est caractérisée par des hémorrhagies incoercibles et rebelles au curetage, à l'encontre des hémorrhagies qui accompagnent l'endométrite déciduale. Si l'on n'intervient pas chirurgicalement, la terminaison peut être fatale ; l'hystérectomie vaginale sera l'opération de choix.

Il est possible, d'après leur marche, de présumer le diagnostic étiolo-

gique des métrorrhagies ; il ne pourra être confirmé que par l'examen physique et, dans quelques cas, par des préparations histologiques seulement de fragments de la muqueuse. C'est le cas pour la métrite hémorragique angiomateuse, dont le diagnostic n'a jamais pu être fait au début et qui peut facilement être confondue avec l'endométrite déciduale ou plutôt avec des fibromes sous-muqueux ou encore des troubles de la ménopause.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Sur l'anesthésie par infiltration

Les procédés employés jusqu'à ces derniers temps pour anesthésier les parties à opérer en les infiltrant de solutions anesthésiques souffraient tous d'un inconvénient très important : dès que le champ d'opération était un peu étendu, on était obligé de recourir à des quantités tellement considérables, que leur emploi était devenu dangereux. De plus, même en anesthésiant complètement le champ opératoire, on ne réussissait jamais à se mettre à l'abri de la sensibilité récurrente. Aussi ce mode d'anesthésie rencontra-t-il beaucoup d'adversaires, d'autant plus que dans la littérature médicale se trouvent déjà consignés quelques cas d'accidents mortels à l'actif de cette méthode.

Prenant en considération les recherches de *Liebreich* sur l'anesthésie douloureuse, d'après lesquelles la conductibilité nerveuse est déjà interrompue, chez les animaux, par des injections d'eau simple, *C. H. Schleich* (*Ther. Mutsh.*, sept. 1894, p. 429-436) s'attacha à déterminer exactement la quantité minima des substances anesthésiques à ajouter à l'eau pour produire l'anesthésie par infiltration et, ce qui est très important dans la pratique courante, à combattre efficacement l'hyperesthésie prodromale de l'injection ; en d'autres termes, pour

exclure complètement l'hyperesthésie précédant ordinairement l'établissement de l'anesthésie consécutive à l'injection dans le champ opératoire des solutions diverses des anesthésiques (anesthésie paradoxale ou analgésie douloureuse de *Liebreich*). On comprend aisément que la concentration nécessaire et suffisante des solutions anesthésiques variera avec la susceptibilité des sujets et l'état plus ou moins normal des parties de la peau à inciser, de même que des parties plus profondes. Il va sans dire que les substances anesthésiques diverses peuvent être employées dans ce but. Mais, s'appuyant sur une expérience s'étendant sur plus de 3.000 cas, l'auteur propose les solutions suivantes, dans lesquelles le chlorure de sodium est destiné à modérer l'action irritante de l'eau, tandis que le chlorhydrate de morphine et le phosphate de codéine sont là pour empêcher l'apparition de la douleur post-opératoire.

Voici les solutions dont se sert l'auteur :

I. — Solutions à anesthésier

des régions très hyperesthésiées.

A. Chlorhydrate de cocaïne . . .	0,2 ^{gr.}
Chlorhydrate de morphine . . .	0,025
Chlorure de sodium stérilisé . . .	0,2
Eau distillée stérilisée, q. s. p. f. 100	

Ajoutez ensuite :

Eau phéniquée à 5 0/0.. 2 gouttes.

M. D. S. — A anesthésier les parties très hyperesthésiées (inflammations, suppurations, névralgies).

B. Chlorhydrate de cocaïne ...	gr 0,1
Phosphate de codéine	0,06
Chlorure de sodium stérilisé.	0,6
Eau distillée stérilisée, q. s. p. f.	100

Ajoutez alors :

Eau phéniquée à 5 0/0.. 2 gouttes.

M. D. S. — A anesthésier les parties hyperesthésiées (inflammations, suppurations, névralgies).

II. — Solutions normales.

A. Chlorhydrate de cocaïne ...	gr 0,1
Chlorhydrate de morphine ..	0,025
Chlorure de sodium stérilisé.	0,2
Eau distillée stérilisée, q. s. p. f.	100

Ajoutez ensuite :

Eau phéniquée à 5 0/0.. 2 gouttes.

M. D. S. — Pour anesthésier les parties modérément hyperesthésiées.

B. Chlorhydrate de cocaïne ...	0,05
Phosphate de codéine	0,06
Chlorure de sodium stérilisé	0,6
Eau distillée stérilisée, q. s. p. f.	100

Ajoutez ensuite :

Eau phéniquée à 5 0/0.. 2 gouttes.

M. D. S. — Pour anesthésier les parties modérément hyperesthésiées.

III. — Solution diluée en cas d'opérations étendues.

Chlorhydrate de cocaïne	gr 0,01
Chlorhydrate de morphine ..	0,005
Chlorure de sodium stérilisé.	0,2
Eau distillée stérilisée, q. s. p. f.	100

Ajoutez ensuite :

Eau phéniquée à 5 0/0 ... 2 gouttes.

M. D. S. — A employer alternativement avec les solutions plus concentrées (I et II).

Il est nécessaire de porter à l'ignition le sel de cuisine mis dans une soucoupe et de faire bouillir l'eau toute seule avant de s'en servir pour dissoudre la morphine et la cocaïne : en effet, ces dernières deviennent absolument inefficaces quand on les soumet à l'échauffement. La stérilisation des sels de morphine et de cocaïne est d'autant plus superflue que, d'après les recherches bactériologiques, à l'état de pureté absolue ils sont tout à fait stériles. La solution ne doit être remise au médecin et employée par lui que quand elle présentera la température de 15° C. (température ordinaire de la chambre) : les solutions ayant une température plus élevée, sont impropres pour l'anesthésie.

Le médecin peut aussi faire venir des sels sous forme de poudre et les dissoudre dans l'eau distillée au fur et à mesure de leur emploi. Voici les formulés pour ces sels :

I. A. Chlorhydrate de cocaïne..	gr 0,2
Chlorhydrate de morphine	0,025
Chlorure de sodium stérilisé	0,2

Mêlez pour faire poudre.

S. — Sel anesthésique (*Schleich*)

I à dissoudre dans :

Eau distillée stérilisée..... 100 gr.

B. Chlorhydrate de cocaïne...	0 gr. 1
Phosphate de codéine.....	0 gr. 06
Chlorure de sodium stérilisé	0 gr. 6

Mêlez pour faire poudre.

S. — Sel anesthésique (*Schleich*)

I à dissoudre dans :

Eau distillée stérilisée ... 100 gr.

II. A. Chlorhydrate de cocaïne.	0 gr. 1
Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 025
Chlorure de sodium stérilisé	0 gr. 2

Mêlez pour faire poudre.

S. — Sel anesthésique (*Schleich*) II à dissoudre, le cas échéant, dans :

Eau distillée stérilisée 100 gr.

B. Chlorhydrate de cocaïne... 0gr. 05
 Phosphate de codéine..... 0gr. 06
 Chlorure de sodium..... 0gr. 6

Mêlez pour faire poudre.

S. — Sel anesthésique (*Schleich*) II, à dissoudre, le cas échéant, dans :

Eau distillée stérilisée..... 100 gr.

III. Chlorhydrate de cocaïne.. 0gr. 01
 Chlorhydrate de morphine. 0gr. 005
 Chlorure de sodium stérilisé 0gr. 2

Mêlez pour faire poudre.

S. — Sel anesthésique (*Schleich*) III, à dissoudre, le cas échéant, dans :

Eau distillée stérilisée..... 100 gr.

Il va sans dire que, dans le cas où l'on se sert souvent de ces solutions anesthésiques, on peut prescrire, en une seule fois, des quantités de sels suffisantes pour donner une solution de 1 litre.

Voici les doses maxima de ces solutions : 25 seringues de la solution I, 50 seringues de la solution II et 500 seringues de la solution III. Par suite des incisions et des hémorrhagies, plus de la moitié du liquide injecté s'en va sans être résorbé. Aussi peut-on injecter un plus grand nombre de seringues et tout de même ne pas atteindre encore le maximum. Se rapproche-t-on du maximum, on aura soin de se servir des solutions II et III pour être à même d'injecter des quantités considérables de liquide sans surpasser la dose maxima. Quant aux solutions cocaïne-codéiniques (I B et II B), vu qu'elles contiennent très peu de cocaïne, leurs doses maxima sont plus élevées : 50 seringues de la solution I B et 100 seringues de la solution II B ; de plus, ces solutions peuvent encore être diluées du triple de leur volume d'une solution physiologique de sel de cuisine, sans nuire en rien à leur action anesthésique : cette propriété est surtout très utile dans les

cas d'opérations étendues à entreprendre dans des régions non inflammées ou sur les muscles, le tissu sous-cutané, dans les gaines tendineuses, etc.

Les seringues employées (à 5, 10 et 50 gr.) sont stérilisées en les nettoyant, à plusieurs reprises, dans un mélange ââ d'eau phéniquée à 5 0/0 et d'alcool absolu.

Pour rendre indolore l'enfoncement de la canule, l'auteur anesthésie le lieu de piqure en y dirigeant préalablement un courant de chlorure d'éthyle ou d'éther. Le scrotum, les grandes et petites lèvres, l'anus, les glandes mammaires et le cou seront protégés soigneusement par la glycérine. L'application de l'éther sur ces endroits provoquant une sensation de brûlure. Les piqures dans la muqueuse seront rendues indolores par l'application préalable, à l'endroit voulu, d'un grain de cocaïne ou d'une goutte d'acide phénique concentré. L'anesthésie préalable du lieu de piqure rendra surtout des services signalés quand on aura affaire à des sujets très sensibles ou à des enfants.

Pour les détails des procédés techniques à employer dans l'anesthésie par infiltration, détails qui demandent à être étudiés de près dans chaque cas individuel et ne doivent nullement être taillés d'après un seul et unique patron, voir le mémoire analysé et le livre publié récemment par l'auteur sous le titre : « *Schmerzlose Operationen, Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten, Psychophysik des natürlichen und künstlichen Schlafes* ». (Opérations indolores. Narcose locale par des liquides indifférents. Psychophysique du sommeil naturel et artificiel. Berlin, 1894, Julius Springer, éditeur.

(Les Nouveaux Remèdes.)

NOUVELLES

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE. — La session annuelle aura lieu les jeudi, vendredi et samedi de la semaine de Pâques, 22, 23 et 24 avril 1897, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris.

La « séance d'affaires » est fixée au jeudi 22 avril, neuf heures du matin ; cette séance devant être de courte durée, les communications commenceront aussitôt après.

Conformément à l'article 8 du règlement, toutes les demandes de communication doivent être faites *au moins un mois* avant l'ouverture de la Session.

Les deux questions mises à l'étude sont: 1° De l'avortement habituel. 2° Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.

Toute demande d'inscription pour une communication et toute demande de renseignements doit être adressée à M. le D^r Crouzat, secrétaire général, rue du Sénéchal, 9, Toulouse, ou à M. le D^r Demelin, rue des Halles, 30, Paris.

M. le D^r Ch. Fournel, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera le mardi 27 avril 1897, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, Amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *Gynécologie médico-chirurgicale*. — Il le continuera les jeudis et mardis suivants à la même heure.

UN ALIÉNÉ PROFESSEUR. — Un malade de M. Kraft-Ebing, lequel occupe, comme on sait, à Vienne, la chaire de médecine mentale, a fait dernièrement une leçon d'une heure devant les élèves du professeur.

Le malade, qui est atteint de crises périodiques de manie, introduit dans l'amphithéâtre, est monté avec gravité dans sa chaire. Quand le professeur lui demanda le sujet de la leçon, il répondit qu'il voulait traiter « de l'état mental des maniaques pendant les attaques périodiques de folie. »

La leçon fut interrompue à plusieurs reprises par les applaudissements de l'auditoire, et l'orateur parut flatté de ces marques d'approbation.

La leçon terminée, il quitta la chaire d'un air plein de dignité et réintégra sans difficulté sa salle.

C'est en Suisse que les étudiantes en médecine sont relativement le plus nombreuses.

Pendant le semestre d'hiver 1896-97, on compte pour les cinq facultés de médecine de la Suisse, un total de 1,085 auditeurs (dont 449 étrangers). Sur ce nombre, il y a 237 femmes dont la plupart, il faut le dire,

sont étrangères. Dans le semestre d'hiver précédent, on comptait 1,004 étudiants inscrits, dont 221 femmes.

Sous ce titre : Dix préceptes à suivre pendant la saison froide, le *Health News* nous donne les conseils suivants :

Ne sortez pas à jeun le matin.

Ne vous exposez pas à l'air froid immédiatement après avoir pris une boisson chaude.

Ne sortez pas, le dos et en particulier la région entre les deux épaules trop légèrement couverts, ou la poitrine mal protégée.

Ne respirez pas par la bouche, surtout quand vous êtes à l'air, mais par le nez, dans lequel l'air s'échauffe avant d'arriver aux poumons.

Ne vous appuyez pas le dos contre quelque chose de froid.

Après un exercice quelconque, ne vous promenez pas en voiture découverte ou ne vous tenez pas près de la fenêtre ouverte en waggon.

Ne restez pas immobile dans un milieu froid, surtout après avoir pris de l'exercice, ni sur la neige ou sur la glace, ou exposé à un vent froid.

Ne parlez que quand vous ne pouvez faire autrement, si vous êtes enrôlé ; sinon il se produira une inflammation de la gorge ou des poumons ou vous deviendrez aphone.

Ne négligez pas de prendre régulièrement votre bain, car, si la peau n'est pas maintenue en activité, le froid contractera ses pores et vous rendra plus susceptible à la congestion et aux autres affections du poumon.

Ne vous mettez pas au lit les pieds froids ou humides, si vous voulez éviter l'insomnie.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabána* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing*.

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Tubes endoscopiques pour l'inspection directe de l'intérieur de la vessie et de l'utérus.

Par M. R. T. MORRIS, M. D.

Pour l'examen direct de l'intérieur de l'utérus chez la femme et de la vessie dans les deux sexes, j'emploie un cylindre creux, en cuivre argenté, taillé en biseau à son extrémité interne et sectionné obliquement à cette extrémité. Une boule de cuivre de forme ovoïde peut être introduite dans le tube en ce point, et s'y adapte. Le stylet sur lequel elle est portée, est suffisamment long pour qu'elle dépasse un peu l'extrémité interne du tube. Ce cône ou bouchon sert de guide pour le tube droit, le long des canaux sinueux ; le bouchon

FEUILLETON

Le sein hystérique.

(suite)

Quel est, à cette période, l'aspect du *tégument* qui recouvre la mamelle augmentée de volume ? Ici on rencontre les opinions en apparence les plus contradictoires. Brodie note qu'il n'y a pas de rougeur de la peau, bien plutôt il existe un peu de pâleur avec un aspect légèrement lisse.

Liouville dit que « les seins sont tuméfiés et augmentés d'un tiers

environ. La peau qui les recouvre est chaude, rouge et tendue ».

Féré émet la même opinion. Il examinait une dame de quarante-cinq ans devenue hystérique lors de la ménopause à l'occasion de chagrins de famille et qui présentait certains accidents du côté des seins. Au début de son examen, ceux-ci étaient parfaitement symétriques, sans aucune altération de couleur de la peau.

« La personne qui accompagnait la malade, dit-il, fit une observation tout au plus désobligeante pour elle ; sous cette influence, en même temps que la face rougissait, le sein gauche qui était le siège du mal, se marqua de petites plaques rouges, d'une sa

enlevé au moyen du stylet, le tube devient un endoscope. L'autre extrémité porte un pavillon de deux centimètres de longueur et d'un diamètre double de celui du tube.

Mes tubes, pour l'utérus et la vessie chez la femme, ont neuf millimètres et treize millimètres de diamètre; leur longueur, non compris le bouchon, est de treize centimètres.

Les tubes pour l'examen de la vessie de l'homme ont les mêmes diamètres que ceux pour l'utérus, mais ont une longueur de vingt-deux centimètres non compris le bouchon.

Ce bouchon a quinze millimètres de long pour les tubes de petit diamètre, et le même diamètre que la lumière de l'endoscope. Il est arrondi à son extrémité et est taillé en biseau afin qu'il s'engage à frottement dans l'extrémité interne de l'endoscope. Le bouchon est perforé dans son grand axe pour permettre l'écoulement des liquides qui pourraient être poussés devant lui. Ce bouchon a un anneau qui pénètre à frottement dans le crochet du stylet.

Le stylet, de quatre millimètres de diamètre, a un manche dont un centimètre environ a le même diamètre que la lumière du tube, afin que, en y pénétrant à frottement léger, il fixe le stylet. Ce stylet est assez long pour maintenir le bouchon taillé en biseau en place à l'extrémité du tube.

L'endoscope, de neuf millimètres de diamètre et vingt-deux centimètres de long, peut remplacer tous les tubes, mais il est plus commode d'en avoir de plusieurs longueurs.

Pour examiner l'intérieur de l'utérus, il faut d'abord dilater le

de *rash scarlatiniforme*, dont les taches se confondirent bientôt pour former une *rougeur uniforme* qui dépassait un peu de tous côtés la mamelle sans s'étendre dans la direction des nerfs. En même temps que cette rougeur apparaissait, le sein se gonflait en masse, et le mamelon s'érigéait. Toute la région était devenue le siège d'une sensation de cuisson avec picotements de la peau et élancements dans la glande mammaire, qui devint lourde. Il n'avait pas fallu une minute pour que tous ces phénomènes arrivassent à leur apogée. »

Chez la demoiselle Coirin le sein avait un aspect violet, presque noir.

Ces opinions diverses ne sont pas contradictoires pour nous qui connaissons la filiation de ces troubles vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème blanc, rouge ou violet. L'aspect du tégument peut donc être variable, suivant les cas, pendant les paroxysmes ou dans leurs intervalles.

C'est qu'en effet la tuméfaction et les autres phénomènes que nous venons de décrire, ne se bornent pas toujours à la durée du paroxysme lui-même. Dans les cas simples, ou lorsque l'affection ne fait que débiter, le gonflement disparaît avec l'accès douloureux, mais bien plus souvent, surtout si les accès sont rapprochés, la

canal cervical avec un instrument convenable. Pour nettoyer et stériliser la cavité utérine, on injecte du peroxyde d'hydrogène, et l'utérus étant bien fixé au moyen d'une pince à griffes, le tube, avec son cône conducteur, est introduit jusqu'au fond de l'utérus. Le bouchon et le stylet sont retirés, et avec un miroir ordinaire on dirige la lumière à travers l'endoscope. En tournant convenablement l'endoscope, les ostiums des trompes de Fallope peuvent être examinés directement, et en le déplaçant lentement, on peut examiner toute la surface interne de l'utérus.

Je n'ai pas besoin de décrire les instruments nécessaires pour l'extirpation de spécimens pathologiques à travers l'endoscope ; ni d'indiquer tous les cas dans lesquels il ne faut pas abaisser l'utérus.

Pour examiner la vessie, il faut procéder de manière différente dans les deux sexes.

Chez les femmes, le méat urinaire a quelquefois besoin d'être dilaté un peu avant d'introduire l'endoscope. Le tube, introduit jusqu'au fond de la vessie, est tourné vers chaque angle pour examiner l'urine au fur et à mesure qu'elle s'écoule des uretères dans la vessie. Pour empêcher l'urine de se collecter dans l'endoscope et alors obscurcir une portion du champ visuel, un écarteur est placé dans le vagin pour soulever et étaler le trigone et faire voir les parties de la vessie qui naturellement se trouvent en dehors du rayon visuel.

Pour examiner la vessie de l'homme, il est nécessaire de guider le bouchon de l'endoscope pour lui faire franchir le ligament

tuméfaction persiste à des degrés variables dans l'intervalle des paroxysmes, s'accompagnant toujours de cette hyperesthésie cutanée exquise qui va s'exalter sous l'influence de diverses causes.

C'est dans ces cas que la palpation révèle des particularités intéressantes.

Pendant l'accès, il est presque impossible de palper le sein. La douleur qu'on détermine est alors beaucoup trop vive pour que l'examen soit fructueux. Mais il n'en est plus ainsi dans l'intervalle des paroxysmes, surtout si l'on prend soin de palper profondément et non plus superficiellement la glande, l'excitation cutanée qui rend, en somme, l'examen tou-

jours difficile, étant susceptible de produire l'exaltation de la zone hystéro-gène.

En se plaçant dans ces conditions d'examen, il sera donné de constater parfois l'existence dans la mamelle d'une ou de deux *tumeurs*, ne dépassant pas généralement le volume d'un œuf de poule et qui sont douloureuses par elles-mêmes, si l'on tient compte de ce fait que l'hyperesthésie réside tout particulièrement dans les couches superficielles de la peau.

Le mémoire de Fowler est très intéressant à ce point de vue. Chez sept malades hystériques, il constata la présence d'une ou de deux tumeurs du sein s'accompagnant des phéno-

suspenseur de l'urèthre avec un doigt. Le bouchon est retiré quand l'extrémité interne de l'endoscope touche le fond de la vessie, et alors, comme chez la femme, le tube est dirigé vers l'un des angles pour examiner immédiatement l'écoulement de l'urine des uretères dans la vessie.

Un instrument quelconque, plat, est introduit dans le rectum pour soulever le trigone et l'étaler d'une main, l'autre main dirige et maintient l'endoscope. En déplaçant lentement l'instrument, on examine les différentes parties de la vessie. Mais si nous désirons revenir en un point qui présente quelque intérêt, le bouchon doit être d'abord réintroduit afin d'éviter toute blessure de la paroi vésicale, et l'examen doit être fait l'endoscope étant retiré un peu, ou déplacé latéralement. On peut avoir ainsi une vue si belle et si nette de l'intérieur de la vessie et de son contenu, qu'aujourd'hui je ne prends plus la peine d'employer l'endoscope de Leiter.

Cet article est accompagné d'une planche donnant le dessin de l'endoscope utérin et de celui pour vessie de l'homme. D^r A. F. PHILIPPEAU.

Observation d'un fibrome sous-muqueux de l'utérus.

Par I.-Ch. PLATON, Interne des Hôpitaux.

Le 7 avril 1896 entrant, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le D^r Villeneuve, Salle Sainte-Catherine n° 26, la nommée L..., porteur d'une tumeur abdominale assez considérable. Elle accusait les symptômes classiques d'un fibrome utérin. Depuis cinq ans, des

mènes douloureux et autres que nous avons décrits. Dans six cas sur sept, la tumeur était mobile sur les tissus sous-jacents; parfois, dans son voisinage, les conduits galactophores étaient tendus et durs. Il n'existait pas d'engorgement ganglionnaire de l'aisselle.

Plusieurs de ses malades consultèrent des chirurgiens fort célèbres et l'ablation de l'organe fut toujours conseillée. Cependant, elles guérirent toutes par un traitement dont l'élément psychique fit en somme tous les frais.

Dans un cas rapporté par Briquet,

outre les phénomènes d'hyperesthésie précédemment décrits, il existait de la galactorrhée. Il est vrai de dire que l'affection était survenue au cours d'une grossesse et que la malade avait allaité son enfant. Le sein était chaud et douloureux, la malade ne le touchait qu'avec une extrême précaution.

Il ne s'agissait pas seulement d'une galactorrhée d'origine hystérique, ainsi que le suppose Briquet, mais bien des phénomènes du sein hystérique, tels que nous les connaissons, l'hyper-sécrétion en plus née sous l'influence de la grossesse.

hémorrhagies presque continuelles avaient fait de cette femme forte et robuste, une malade profondément anémiée, presque cachectique, au pouls faible, à la respiration haletante, à l'appétit presque nul.

A son entrée à l'hôpital, ses lèvres complètement décolorées, ses conjonctives exsangues, sa figure de cire jaune vieillie, son amaigrissement considérable, son état général des plus défectueux faisaient craindre une issue fatale à brève échéance.

A la palpation, on percevait une tumeur médiane, appartenant à l'utérus, faisant corps avec cet organe, grosse comme la tête d'un adulte et assez mobile.

A côté de cette tumeur ovale, sur son bord gauche, presque sous la peau, était perceptible une autre petite tumeur semblant pédiculée, filant sous la pulpe du doigt, tumeur qu'il était difficile de désigner comme appartenant à la première, à cause même de sa mobilité. Avec cela une paroi abdominale à peau très souple.

Le diagnostic s'imposait. L'intervention chirurgicale fut renvoyée à une date ultérieure, l'état général étant trop précaire et une diarrhée abondante étant survenue. On décida d'attendre, puisque la température était normale, que par un régime reconstituant on eût rendu à cette malade les forces nécessaires à une opération aussi sérieuse.

Malgré toutes les prescriptions ordonnées en des cas semblables, les hémorrhagies continuaient, l'état général ne s'améliorait pas, et un jour vint, presque un mois après son entrée, où la température du soir dépassait 38° et où le pouls devenait misérable. M. le P^r Roux de Brignolles, remplaçant alors M. le P^r Villeneuve, décida

La malade voulait-elle, dit-il, donner à téter, « dès les premiers efforts de succion, une douleur extrêmement vive s'éveillait dans le sein donné à l'enfant ; cette douleur devenait le prodrome d'une attaque de convulsions hystériques ; *c'était comme une aura de l'accès convulsif* qui plus tard fit rarement défaut ».

On ne saurait être plus explicite. Ces phénomènes, entretenus, il est vrai, par trois grossesses rapprochées, durèrent six ans et finirent par guérir sous l'influence très problématique d'applications locales d'huile de chènevis.

L'affection hystérique du sein, en

tenant compte des périodes d'augmentation et de déclin, est presque toujours fort tenace et sa durée peut être fort longue. On sait, du reste, combien il est difficile parfois de déplacer un stigmate de la nature d'une zone hyperesthésique, et le sein hystérique n'est pas autre chose que la réaction d'un organe spécial, richement vascularisé, sous l'influence d'une zone de ce genre. D'autant que l'affection est presque toujours entretenue par une thérapeutique défectueuse : applications locales variées, compression élastique, qui ne conduisent en somme qu'à fixer de plus en plus cette manifestation d'ordre

d'intervenir, jugeant que c'était la seule chance de salut qui restât, quoique bien aléatoire.

Le 9 mai, après une antisepsie rigoureuse, on pratiqua la laparotomie. On arriva vite sur un utérus volumineux présentant sur le bord gauche une petite tumeur qui n'était autre qu'un petit kyste de l'ovaire. L'utérus sectionné laissa apparaître dans l'intérieur de sa cavité un fibrome sous-muqueux adhérent au fond de l'organe(1). L'hystérectomie abdominale totale fut faite, suivie rapidement de la toilette du péritoine et de la suture de la paroi.

Pendant tout le temps de l'opération, le pouls très faible de la malade fut maintenu et parfois relevé par des injections hypodermiques de cognac et de sérum. On fut obligé d'interrompre momentanément l'opération pour faire la respiration artificielle.

Transportée dans une salle d'isolement, elle fut soutenue toute la journée par des injections de caféine, de cognac et surtout par des injections successives de sérum artificiel atteignant près de 600 grammes.

Le soir, la température était descendue à 37,2; le pouls toujours faible marquait 100 pulsations à la minute. Pendant la nuit du 9 au 10 apparurent des vomissements qui durèrent toute la journée; le soir du 10, le thermomètre marquait de nouveau 38°.

Le 11, les vomissements continuèrent fréquents et fatigants, la température monta le matin à 39° et le soir à 40° en même temps

1. Ce fibrome utérin absolument parfait comme type classique de fibrome sous-muqueux a été présenté au Comité médical des Bouches-du-Rhône dans sa séance du 16 octobre 1896.

psychique qui doit, de ce chef, être traitée par des procédés tout à fait différents de ces excitations localisées.

En résumé, le sein hystérique est une affection parfaitement caractérisée qui est sous la dépendance d'une zone hyperesthésique-hystérogène de la peau de la région mammaire, et d'un œdème du tissu conjonctif de la glande qui peut revêtir les aspects blanc, rose, ou violet de l'œdème hystérique.

A côté de cette forme où le gonflement du sein est uniforme, il s'en place une autre susceptible de la même interprétation. Dans celle-ci

l'œdème, qui, dans tous les cas, est dur, n'admettant pas l'empreinte du doigt, se localise plus particulièrement en certains points sous forme de tumeurs morbides ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, à moins toutefois qu'il n'existe des ulcérations.

La description qui précède donne, en même temps qu'un aperçu très complet de tous les symptômes, les éléments essentiels du diagnostic. Celui-ci sera confirmé par la découverte des stigmates hystériques qui font rarement défaut. On ne saurait assez insister sur l'importance qu'il y

que le pouls descendait pour atteindre 80 le soir à la contre-visite. Cette discordance entre le pouls et le thermomètre nous fit craindre un moment l'apparition imminente d'une infection péritonéale de Verchère. Nouvelles injections sous-cutanées de sérum de Hayem. 4 injections de cognac, 1 injection de caféine, champagne frappé, glace et quinine.

Le 12, matin : température 38,5. Langue saburrale. Purgation avec : calomel 0,40 centigr., poudre de jalap 0,10 centigr. produisant une descente du thermomètre à 37,8 ; le pouls remontait à 96 pulsations.

Le 13, matin : température 37,5. Soir : 38,5. Pouls : 80. Nouvelles injections de sérum.

Le 14, l'état général s'améliorant et la température devenant normale, la malade prenait quelques aliments légers.

Le 15 et le 16, l'amélioration continuant, alimentation plus abondante.

Le 17, une nouvelle ascension de la température à 38,8 et une descente du pouls à 76° nous engageaient à user encore des injections de sérum.

Depuis cette époque, on peut dire que notre malade fut considérée comme hors de danger. A signaler les 19, 20 et 21 des épistaxis d'abord assez abondantes, puis de plus en plus légères.

Le 22, ablation des fils. A la partie moyenne de la suture, un abcès s'est produit par infection d'un crin de Florence. Cet abcès retarde la guérison jusque vers le 3 juin, où l'état de la malade est considérablement amélioré. La coloration du visage change de

a pour le chirurgien à ne jamais négliger une enquête de ce genre en présence d'une tumeur du sein : ainsi pourra s'éviter une intervention inutile, sinon dangereuse.

Le diagnostic peut être rendu plus difficile par la présence d'ulcérations ; celles-ci peuvent être le résultat de topiques irritants appliqués malencontreusement sur le sein malade, ou bien elles représentent le degré extrême du trouble trophique de la mamelle. Ici encore la recherche des stigmates hystériques, l'examen de la sensibilité, la marche de l'affection pourront donner l'éveil sur la véri-

table nature de la tumeur ulcérée.

Le pronostic de l'affection hystérique de la mamelle est assez grave. La maladie peut durer de longues années ; les ulcérations et les phénomènes gangreneux signalés dans quelques cas peuvent être l'origine d'infections secondaires plus graves encore.

C'est contre eux qu'on devra diriger le traitement local ; mais on devra surtout instituer le traitement général, qui s'adresse à la névrose, cause première de l'affection hystérique du sein.

jour en jour, l'appétit augmente, les digestions sont faciles, l'embonpoint apparaît.

Le 8 juin, alors que nous songions à la faire sortir du service, notre malade se plaint d'une douleur abdominale ; de la diarrhée survient, et le 9 une ascension brusque à 40° la force de nouveau à s'aliter. Quatre jours s'écoulent lorsque le 14 se produit une nouvelle ascension à 40,5 avec des douleurs abdominales plus fortes. Le 15 une rougeur apparaît au niveau du premier abcès et nous ouvrons le 16 une nouvelle poche purulente. Une antisepsie rigoureuse et un nettoyage à l'eau phéniquée à 50/1000 finit, vers le 25 juin, par avoir raison de cette suppuration.

Dans la première semaine de juillet, nouvelle poussée inflammatoire et nouvel abcès. Cette fois, voulant à tout prix découvrir le corps du délit, nous pratiquons sur la ligne médiane une incision longitudinale et nous découvrons un fil de soie remontant jusqu'à l'ombilic et baignant dans un trajet purulent. La cicatrisation finit par se faire vers la fin juillet. Nous avons attendu la fin du mois d'août avant de renvoyer notre malade. Depuis cette époque, l'amélioration persiste et il faut espérer qu'elle sera définitive.

L'histoire clinique de notre malade permet de tirer des conclusions instructives, conclusions qui nous ont engagé à publier cette observation d'un cas d'ailleurs assez banal en gynécologie.

Cette observation démontre que dans certains cas désespérés de fibromes utérins où les malades sont épuisées par des hémorragies anciennes et continuelles, où leur organisme est à bout de ressource, où les médications reconstituantes ne produisent rien, une intervention chirurgicale, bien qu'aléatoire parfois, est la seule ressource qui reste au médecin traitant qui peut encore espérer pouvoir sauver sa malade.

En effet, si l'on parvient à enlever la cause de cet épuisement considérable en empêchant la mort par choc opératoire, les chances de salut augmentent aussitôt. La thérapeutique chirurgicale ne manque pas aujourd'hui de médication capable de ranimer dans ces cas un organisme affaibli : dans les grands traumatismes et dans les chocs opératoires, il n'y en a pas de meilleure que la méthode des injections de sérum artificiel, soit sous-cutanées, soit intra-veineuses, bien que ces dernières soient plus efficaces et plus actives. Notre cas est une nouvelle preuve de l'influence merveilleuse de ce traitement.

Avant de terminer, nous voulons signaler un autre point intéressant : la formation consécutive de trois abcès sur le trajet de la

suture abdominale, bien que toutes les précautions aient semblé avoir été prises. Cette production anormale démontre que la stérilisation des fils de soie et des crins de Florence n'est jamais exagérée et qu'on ne saurait trop prendre de soins pour assurer leur parfaite asepsie. Des suppurations répétées, même à longue échéance (dans notre cas, deux ou trois mois après l'opération), menacent de compromettre non seulement le résultat immédiat que tout vrai chirurgien est en droit de vouloir obtenir, c'est-à-dire le succès opératoire, mais encore la guérison du malade qui se trouve ainsi fortement retardée et compromise.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de médecine de Rouen

Séance du 8 Février 1897

COMMUNICATION

Malformation congénitale. — Absence d'anus et abouchement du rectum dans la vulve chez une fillette de cinq semaines, par M. Albert MARTIN.

Messieurs,

Je vous présente une petite fille de cinq semaines qui est en traitement dans mon service de la grande crèche à l'Hospice-Général, et qui présente une anomalie assez intéressante : il n'y a pas, en effet, chez elle d'anus normal, et le rectum vient déboucher dans la vulve en avant de l'hymen et en arrière de la fourchette.

Cette ouverture ano-vulvaire dans laquelle j'introduis l'extrémité d'une pince hémostatique est suffisante pour assurer le fonctionnement de la défécation ; on ne s'est d'ailleurs aperçu de la particularité que présente cette enfant qu'assez longtemps après sa naissance, et ce n'est point pour cela, mais pour de l'athrepsie, qu'on l'a ramenée dans mon service où elle est née.

Il n'y a plus lieu de discuter maintenant bien longuement sur la pathogénie d'une telle malformation. On sait, en effet, que chez l'embryon il y a, vers le milieu du 2^e mois, séparation du cloaque en deux parties, par allongement de la lame de tissu qui isole l'intestin des canaux de Wolff et de Müller et qui s'appelle *éperon périnéal*. La partie antérieure où s'abouchent l'allantoïde, les canaux de Wolff et de Müller, prend le nom de sinus uro-génital et formera le vestibule où aboutiront l'urèthre (ancien pédicule allantoidien et le vagin (anciens canaux de Müller) ; la partie postérieure recevra la portion terminale de l'intestin ou rectum. Si donc l'éperon périnéal manque ou s'est incomplètement développé, la séparation fera plus ou moins défaut entre les deux parties

du cloaque qui demeureront ainsi en communication. C'est vraisemblablement ce qui s'est passé chez notre petite malade.

Quant au traitement à faire, il est tout indiqué, mais pas pour l'instant. Si cette enfant survit, ce qui est fort douteux, étant donné son état déplorable, il faudra, alors qu'elle aura 2 ou 3 ans, pratiquer un anus artificiel au bon endroit et fermer par avivement et sutures l'anوس actuel. Opérer plus tôt, ce serait faire courir de gros risques à cette fillette, l'expérience ayant démontré la gravité étonnante de cette intervention qui paraît cependant bien simple. Par contre, j'ai vu, pendant mon internat chez Pozzi, opérer avec plein succès une petite fille de deux ans qui présentait une malformation en tout analogue à celle que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

DISCUSSION

M. Bataille. — La mère présentait-elle quelque organe anormal. Avait-elle des antécédents pathologiques ?

M. Martin. — Elle ne présentait aucune anomalie.

M. Fortin. — J'ai présenté l'année dernière l'observation d'un enfant de 2 jours chez lequel l'anوس faisait défaut. J'avais incisé la place et pénétré ensuite facilement dans l'intestin. Cet enfant est mort quelques heures après cette opération.

REVUE DE LA PRESSE

Tumeur gazeuse de l'abdomen développée dans une poche de kyste ovarique. (1)

Par MM. BINAUD et BÉGIN.

Le 20 novembre 1896 entrant dans le service de notre maître, M. le professeur Demons, une femme de cinquante-quatre ans, qui venait demander les secours de la chirurgie pour une volumineuse tumeur de l'abdomen.

Quinze ans auparavant, elle s'était un jour aperçue, par hasard, qu'elle avait dans le ventre une tumeur du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur, comme un morceau de liège sur une couche liquide, se déplaçait, en sens inverse de la pesanteur, dans les mouvements de la malade : était-elle couchée sur le dos, la tumeur venait se placer au niveau de l'ombilic ; s'étendait-elle sur le flanc gauche, c'était dans le flanc droit que se portait la tumeur.

La malade, qui est intelligente, interrogée à plusieurs reprises sur ce phénomène insolite de « *tumeur flottante* » qu'elle avait décrit spon-

(1) Communication faite à la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie de Bordeaux, 1896.

tanément lors de son premier interrogatoire, a toujours donné les mêmes renseignements à ce sujet.

Pendant plusieurs années, la tumeur resta stationnaire, ne déterminant aucune douleur, si bien que cette femme ne s'en préoccupa guère et ne la montra même pas à son médecin.

Il y a cinq ans, elle fut prise de fièvres intermittentes, à la suite d'un séjour dans un pays marécageux. La tumeur n'en fut pas influencée.

Depuis trois ans la malade a vu son ventre augmenter de volume, et dès lors elle ne remarqua plus sa « tumeur flottante ». Peu à peu l'abdomen s'est tellement développé qu'elle n'a pu marcher sans être aussitôt essoufflée ; ses digestions sont devenues très difficiles. Les membres inférieurs se sont œdématiés sans que cependant il y ait eu du côté du rectum ou de la vessie des phénomènes bien nets de compression.

Pendant l'évolution de sa tumeur, cette femme a eu deux attaques d'hémiplégie, la première il y a deux ans, la seconde il y a dix mois ; une parésie du côté droit persiste encore aujourd'hui.

Ses règles, dont l'abondance s'était exagérée, et qui étaient devenues irrégulières pendant les dernières années, ont cessé depuis deux ans.

A l'examen de cette malade, on est d'abord frappé de son état d'affaissement ; elle est amaigrie, défaits, plus vieille que son âge.

Son ventre, très volumineux, bosselé et saillant en avant, comme dans un kyste de l'ovaire ; l'ombilic est déplissé.

La palpation fait sentir sur la ligne médiane, au-dessus de la symphyse pubienne, une tumeur arrondie, dure, régulière, qui plonge dans le petit bassin et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Elle est légèrement mobile dans le sens transversal et aussi verticalement ; ses mouvements se communiquent de la façon la plus nette au col utérin.

Sur le côté droit de cette tumeur, et accolée à elle, se trouve une seconde masse, grosse comme le poing, bosselée et fluctuante.

Ces deux tumeurs sont mates. Le diagnostic de fibrome utérin s'impose pour la tumeur médiane ; celui de kyste de l'ovaire, ou de kyste développé aux dépens du fibrome, est probable pour la tumeur qui lui est accolée.

Mais une troisième tumeur existe, d'un diagnostic autrement difficile. Elle se dégage de la partie postérieure et supérieure gauche du fibrome utérin pour s'élever obliquement jusque dans l'hypochondre gauche.

Elle est bien limitée et de surface régulière ; on y sent une fluctuation des plus nettes à la palpation. Mais quand on percute, on est fort surpris de trouver que cette tumeur est sonore, d'une sonorité parfaite, aussi bien à la percussion profonde qu'à la pression superficielle ; elle est légèrement mobile. Il n'y a pas d'ascite. En présence de cette sonorité et malgré la limitation de la tumeur qui semblait affirmer son développement dans une poche préformée, on pensa qu'il s'agissait là

d'une accumulation d'anses intestinales distendues par des gaz. La compression exercée sur le rectum par le fibrome utérin rendait logique cette explication.

Le 27 novembre, M. le professeur Demons fit la laparotomie.

Aussitôt que le péritoine est ouvert, un gros fibrome médian se présente avec sa couleur rouge ordinaire. Une tumeur paraît à droite du fibrome, une autre en arrière ; aussi M. Demons agrandit son incision jusqu'au-dessus de l'ombilic, et mettant la patiente dans la position de Trendelenburg, il attire le fibrome en avant pour le faire basculer sur la symphise pubienne. Ce mouvement dégage une tumeur, de couleur bleutée, qui semble unie à la partie inférieure de la face postérieure du fibrome, au niveau du cul-de-sac de Douglas, et qui de là remonte vers l'hypochondre gauche. Sa situation répondait à celle de la tumeur sonore découverte à l'examen clinique. Aussi la percutons-nous aussitôt ; elle est très nettement sonore.

M. Demons décide d'enlever d'abord le fibrome avec des ciseaux, il incise circulairement sa capsule. Celle-ci adhère en arrière à la tumeur sonore ; au moment où M. Demons donne un coup de ciseaux en ce point, on entend un sifflement analogue au bruit que fait l'air en s'échappant d'un ballon qui se creève, et la tumeur sonore qu'on venait de percuter s'affaisse sous les yeux de l'opérateur et de ses aides. Le gaz qui s'échappe est absolument inodore.

Pas une goutte de liquide ne s'écoule.

Quand le fibrome utérin et le petit kyste de l'ovaire (car c'en était un) accolé à son côté droit eurent été enlevés, M. Demons s'attaque à la poche bleutée, maintenant flasque.

Il peut, en ne déterminant qu'une très légère rosée hémorrhagique, la détacher avec le doigt de ses adhérences légères et l'extraire ainsi.

En faisant la toilette du champ opératoire, on s'aperçoit que l'intestin a été ouvert, au niveau du cul-de-sac de Douglas, sur une étendue de quelques millimètres, et on procède à sa suture.

Cette blessure de l'intestin, produite par un instrument tranchant, a été faite par le coup de ciseaux qui a ouvert la tumeur gazeuse au niveau du cul-de-sac de Douglas. Là, en effet, fibrome, tumeur gazeuse et intestin étaient adhérents. L'ouverture de l'intestin, ainsi produite, est la preuve du rapport intime que la tumeur affectait en ce point avec l'intestin.

La poche avait à peu près la forme et les dimensions de l'estomac. Sa surface externe avait la couleur bleutée des kystes de l'ovaire. Sur un de ses côtés, elle était parcourue par un boudin gros comme le doigt, rouge foncé, ressemblant à la trompe dilatée et allongée.

Sa surface interne était blanc grisâtre et n'était pas recouverte par la moindre couche de liquide.

Son épaisseur, très inégale, variait de quelques millimètres à un centimètre, suivant les points.

L'aspect microscopique était donc celui de la poche d'un kyste de l'ovaire.

M. le professeur agrégé Sabrazès a bien voulu en faire l'examen microscopique. Voici la note qu'il nous a remise :

Les coupes transversales de la paroi kystique montrent une structure purement fibreuse ; les faisceaux conjonctifs sont onduleux ; il existe, dans leurs interstices, des cellules migratrices, surtout nombreuses du côté de la cavité. On trouve de nombreux capillaires sanguins, vides pour la plupart. Il n'existe aucune trace d'épithélium sur les faces.

« Il ne s'agit pas d'intestin ; on ne peut non plus songer à l'utérus, ni à une trompe. L'hypothèse la plus plausible est celle d'un kyste de l'ovaire. Il existe la plus grande analogie entre ces coupes et celles des kystes de l'ovaire de la forme la plus commune. L'épithélium de revêtement manque bien ici, mais c'est là un fait très fréquent. »

De cette observation, un fait se dégage, incontestable : l'existence chez notre malade d'un kyste gazeux de l'abdomen.

L'absence de l'ovaire gauche, la situation de la poche, son aspect macroscopique absolument analogue à celui de la poche d'un kyste de l'ovaire, l'examen histologique enfin, tout concorde à démontrer que cette tumeur gazeuse s'est développée dans un kyste de l'ovaire.

Comment, dans le kyste ovarique, un gaz s'est-il substitué à un liquide, nous ne saurions le dire. En s'appuyant sur les connexions de la poche à l'intestin, intimes en un point, on pourrait penser qu'une fissure s'est produite en cet endroit, qui a permis la sortie du liquide et ensuite l'entrée du gaz.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897, par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1^{re} classe, lauréat de l'Ecole de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Huchard, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-18 de 308 pages, cartonné 3 fr.

Les Formulaires ayant quelques années de date ne répondent plus aux besoins actuels, tant la matière médicale s'est transformée par de nombreuses acquisitions.

Le *Formulaire* de Bocquillon est le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

L'édition de 1897 contient un grand nombre d'articles nouveaux introduits récemment dans la thérapeutique, qui n'ont encore trouvé place dans aucun formulaire, même des plus récents.

Citons en particulier : *Actol*, *Airol*, *Amygdophénine*, *Antinosine*, *Apolysine*,

Argonine, Benzacétine, Bismal, Bromure d'hémol, Caféine, Caféinate de fer, Chloralose, Citrophène, Cocaïne, Cuprohémol, Éosote, Eucaine, Eudoxine, Ferripyrine, Ferrostyptine, Gallicine, Gélante, Glutol, Glycérophosphates, Hémogallol, Hémol, Hypnoacétine, Ichtyol, Iodates métalliques, Iodoformine, Itrol, Kola, Lysidine, Menthol, Myrronine, Nosophène, Nutrose, Orphol, Phosphergot, Pipérosine, Pixol, Protogène, Pyrantine, Quinosol, Resorcine, Salantol, Salipyrine, Salithymol, Salophène, Sanoforme, Somatose, Strophantus, Sublimophénol, Tannalbine, Tannoforme, Tannigène, Trional, Thiosinamine, Urotropine, Xéroforme, etc., et un grand nombre de plantes coloniales et exotiques, introduites récemment dans la thérapeutique.

Dans le *Formulaire des médications nouvelles*, que le Dr Gillet vient de faire paraître et qui est le complément nécessaire du *Formulaire des médicaments nouveaux*, on trouvera des détails complets sur l'*Antisepsie*, les *Badigeonnages antifebriles*, les *Bains froids*, les *Enveloppements froids*, les *Injections d'extraits organiques* (Sequardine, Suc thyroïdien, Suc capsulaire, etc.), les *Injections sous-cutanées de sels mercuriels*, la *Sérothérapie*, le *Stypage*, la *Vaccination antirabique*, etc.

Librairie J.-B. BAILLÈRE et fils, 19, rue d'Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris.

NOUVELLES

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. **Amphithéâtre d'anatomie.** — Voici le programme des cours de la saison d'été de l'année 1897.

1° *Cours de médecine opératoire*, sous la direction de M. le Dr Quénu, Directeur des Travaux scientifiques. — MM. les Elèves Internes et Externes des Hôpitaux et Hospices sont prévenus que les Cours de Médecine opératoire commenceront le lundi 26 Avril 1897.

2° *Conférences d'Histologie.* — Des Conférences sur l'Histologie pathologique continueront à être faites par M. le Dr Macaigne, chef du Laboratoire.

MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

NOTA. — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Elèves par l'Administration de l'Assistance publique.

Les séries devant être reconstituées pour la Médecine opératoire, MM. les Elèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à partir du jour de la publication de la présente affiche.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 1^{er} avril 1897, chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à dater de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Congrès de Moscou. — *Programme préliminaire des travaux :*
SECTION XIII. — OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — A. — *Obstétrique.*
— 1° De la symphyséotomie; 2° Exploration externe; 3° Sérothérapie dans les septicémies post-puerpérales; 4° Rapports entre l'infection blennorrhagique et les maladies post-puerpérales.

B. — *Gynécologie.* — 1° Colpotomie dans les annexites, les déplacements et tumeurs de l'utérus; 2° Blennorrhagie des femmes non enceintes, son traitement; 3° Traitement chirurgical des péritonites; 4° Valeur comparée des procédés de traitement opératoire du cancer utérin au point de vue de la prévention de la récurrence.

XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MOSCOU (19-26 août 1897). — Immédiatement après le Congrès de Moscou, il sera organisé un train spécial, à l'usage exclusif des Congressistes régulièrement inscrits, pour une *Excursion gratuite* au Caucase.

On visitera Bakou (source de naphte), Tiflis, Batoum (culture du thé), Soukhoum, Kalé et Novorowsk. Retour à Moscou.

La nourriture et le logement seront assurés dans le train et les bateaux à vapeur spécialement affrétés à cet effet. — Les faux frais de cette excursion ne dépasseront pas 150 francs par personne, tout compris.

Ce voyage, extrêmement intéressant, sera forcément limité comme places. Aussi engageons-nous tous nos confrères à se faire inscrire dans le plus bref délai possible au secrétariat général du Comité français, 14, boulevard Saint-Germain.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr A. Sired a commencé le mardi 30 mars, à 10 h. 1/2, des conférences de gynécologie médicale et les continuera les mardis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Paris. — La première épreuve du *Concours pour trois places de médecins des hôpitaux* (lecture des copies), vient de se terminer. L'épreuve clinique aura lieu à Beaujon, à Laënnec et à la Charité, à des jours et heures fixés à chaque séance. Sont admis à subir cette épreuve les candidats ayant obtenu les notes 18, 19 et 20. Ce sont MM. Gaston Lyon, 20; Belin, Bruhl, Capitan, Dupré, Hallion, Hudelo, Lamy, Legry, Lenoir, Méry, Mossy, Parmentier, Tissier, 19; Achalme, Aviragnet, Bezançon, Bouloche, Caussade, Deschamps, Enriquez, Gallois, Gaston, Grandmaison, Gouget, Létienne, Nageotte, Plicque, Rénon, Sallard, Soupault, Souques, Springer, Teissier, Triboulet, 18.

Faculté de Médecine de Paris. — Concours pour le prosectorat. —

Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le 24 mai 1897. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 1^{er} mai.

Concours pour l'adjuvat. — Le concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le 10 mai 1897. Tous les élèves docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 1^{er} mai.

Don Charcot. — M^{me} veuve Charcot s'est engagée à abandonner la pension annuelle de 2,000 francs qu'elle reçoit de l'Etat, en faveur des veuves ou des enfants, soit des professeurs, soit des agrégés de la Faculté de Médecine de Paris, morts sans fortune ou sans retraite reversible suffisante. Elle a versé une somme de 5,077 fr. 75 représentant les arrérages qui lui avaient été payés le jour où elle est entrée en jouissance de sa pension. Cette libéralité figurera au budget de la Faculté sous la rubrique *Subvention Charcot*.

Un certificat médical nouvellement exempté du timbre. — A la liste des certificats médicaux non soumis au timbre au dire de la *Semaine médicale*, il faut en joindre un nouveau, d'après la loi portant fixation du budget de l'exercice 1897 promulguée le 30 mars. L'article 4 de ladite loi, qui vise le cas, est ainsi conçu : « Sont exemptés du droit et de la formalité du timbre les certificats de maladie délivrés par les médecins non assermentés, quand ces documents concernent des agents remplissant un service actif de l'Etat. »

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

VÉRITABLES **GRAINS de SANTÉ de D^r FRANCK**
Aloès 0,03. — Gomme-Gutta 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Métrorrhagie dans la rougeole.

Par le D^r E. DEPASSE.

Pendant l'épidémie de rougeole qui sévit à Paris depuis le commencement de mars de cette année avec une certaine intensité, j'ai eu l'occasion de voir deux fois des jeunes femmes de 21 à 26 ans atteintes de métrorrhagies graves. Ces deux cas, qui se sont produits à huit jours d'intervalle, m'ont d'autant plus frappé que je n'en avais jamais observé de semblables pendant un espace de vingt-cinq ans. On sait que la chose peut arriver: les auteurs en disent un mot en passant; aussi ai-je cru intéresser les lecteurs en leur racontant les deux faits suivants :

M^{lle} X..., âgée de 26 ans, de constitution bonne mais un peu pâle, vient de l'Etranger passer quelque temps chez des amis, qui n'ont pas d'enfants. Dans la maison, tout le monde est bien portant. Le 6 avril, sans cause connue, cette jeune personne, toujours bien réglée, et ayant eu ses règles d'une façon normale huit jours auparavant, est prise d'une métrorrhagie grave, avec caillots énormes, et peu de coliques. L'accident avait commencé dans la matinée, et on n'y avait pas attaché grande importance. Mais dans la soirée, la faiblesse s'accroît, et M^{lle} X... a une syncope. L'entourage prend peur et on vient me chercher à minuit. Je me rends aussitôt auprès de la malade et, après un interrogatoire qui ne me renseigne pas du tout, je veux pratiquer le toucher, mais l'hymen intact ne laisse pas passer le doigt, et j'en suis réduit à faire un traitement symptomatique. Je prescris des boissons froides et de l'ergotine. J'avais ausculté la malade qui toussait depuis plusieurs jours et j'avais constaté une légère bronchite; du reste, la température est

peu élevée, et le pouls à 120. Le lendemain, je revois la malade qui continue à perdre beaucoup ; la température est 38,5 ; le pouls 125. On constate plus de râles dans la poitrine ; le fond de la gorge est un peu rouge. Ce n'est que le lendemain qu'une éruption paraît sur la figure et permet de faire le diagnostic de rougeole. La métrorrhagie s'expliquait alors.

Changeant de système, je conseillais des boissons chaudes, et malgré cela l'écoulement du sang s'arrêtait dans la journée. La rougeole suivit son cours normal.

Le deuxième cas est à peu près semblable, avec cette différence cependant que M^{lle} Y..., âgée de 21 ans, qui avait eu ses règles toujours très régulièrement et extrêmement peu abondantes, s'était beaucoup fatiguée dans les magasins à la mode et au concours hippique. Ses règles étaient finies absolument depuis trois jours ; mais comme il y avait dans la maison une jeune fille de 8 ans atteinte de rougeole, que la sœur aînée ne l'avait jamais eue, je pus rassurer la famille en annonçant une éruption de rougeole à brève échéance. La suite des événements justifia mon pronostic.

Ces deux faits, arrivant coup sur coup, me firent faire quelques recherches.

A l'article **Rougeole**, de A. Sanné, dans le dictionnaire de Dechambre, on lit seulement quelques mots : « Les hémorrhagies les plus fréquentes sont celles de la *peau*, du *nez*, des *reins* ; celles de l'*utérus*, de l'*intestin*, de l'*estomac* sont plus rares ; le sang est rarement fourni par une source unique : en même temps que les lésions cutanées, on observe des épistaxis très copieuses et quelquefois des métrorrhagies » (page 400).

Plus loin : « La leucorrhée n'est pas très rare pendant la rougeole chez les sujets strumeux ; l'inflammation catarrhale, qui la cause, se transforme facilement en gangrène. Il s'agit de désinfecter ; c'est clair, bien que l'auteur ne le dise pas. » (page 404).

« La menstruation se ressent aussi quelquefois de la rougeole. Il n'est pas rare que les règles surviennent quelquefois pendant les prodromes, même quand elles ont paru quelques jours auparavant. Leur abondance est plus grande qu'à l'état normal (page 416). Moyssier cite le cas d'une jeune fille, âgée de 15 ans, qui eut pour la première fois ses règles vers le déclin de la rougeole. Chez une autre non réglée encore, les prodromes de la rougeole s'accompagnèrent de douleurs lombaires et hypogastriques, qui cessèrent quand parut l'exanthème. Il ne se manifesta d'ailleurs aucun flux sanguin.

Gehrrard et Gautier de Genève disent que la rougeole fait courir les plus grands périls aux femmes enceintes ; le danger ne paraît pas aussi grand dans les derniers jours de la grossesse.

A. d'Espine, dans un article (dictionnaire de Jaccoud) qui a paru après celui de Sanné, y fait à peine allusion ; il est vrai que Trousseau, Guéneau de Mussy, Peter n'en parlent pas du tout.

Il n'y a rien de surprenant du reste à voir une infection générale retentir sur l'utérus. Cependant les cas doivent être rares, puisque les cliniciens que je viens de citer paraissent n'en avoir jamais vu, puisqu'ils n'y font pas même allusion.

Comme traitement, que faut-il faire ? Dans le premier cas cité plus haut, j'ai essayé en vain de lutter contre la perte de sang par des boissons froides et de l'ergotine, l'éruption a mis fin à l'hémorrhagie, du moins c'est au moment où elle a été dans toute sa beauté que le flux de sang s'est arrêté ; et je croirais plus volontiers que c'est à l'éruption qu'il faut attribuer cet arrêt et non aux médicaments ; car, dans le deuxième cas, je ne me suis pas préoccupé de la métrorrhagie, j'ai tâché de hâter l'éruption rabiolique par les boissons chaudes et l'acétate d'ammoniaque, et je n'ai pas eu à le regretter.

L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes.

Par M. le Docteur FRAISSE.

Nous allons pratiquer, chez une femme de 39 ans, l'extirpation totale par le vagin des organes génitaux internes, utérus et annexes, pour de graves lésions de nature inflammatoire. Nous discuterons plus loin les raisons d'une intervention aussi radicale. Auparavant, je désire vous entretenir du procédé opératoire même que nous allons employer.

Il est peu d'opérations qui aient subi autant de perfectionnements, dans ces dernières années, que l'hystérectomie vaginale. Sa technique a été modifiée et simplifiée à un point tel, que tout médecin peut l'entreprendre, pourvu qu'il soit propre et habile de ses doigts.

Plusieurs d'entre vous doivent se souvenir du temps où l'hystérectomie était considérée comme très grave et semblait l'apanage exclusif de quelques-uns. C'était l'époque de la phobie hémorrhagique, où l'on s'entourait de précautions infinies pour tarir *préven-*

tivement toutes les sources vasculaires, où régnait la forcipressure à outrance.

En fait d'hystérectomie, le souci constant de l'hémostase dominait tout l'acte opératoire. Du commencement à la fin, le pincement des vaisseaux précédait la libération progressive de l'organe. Le col une fois désinséré, une première pince était mise sur la base du ligament large, et celui-ci sectionné sur une hauteur correspondante ; puis, nouvelle dénudation, nouvelles pinces, nouvelle section, etc, etc. Tout cela constituait une manœuvre longue, pénible, dans un champ opératoire de plus en plus encombré d'instruments. Enfin apparaissait le fond de l'organe, qu'on détachait à son tour au ras des cornes utérines, non sans appliquer d'autres clamps. Quant aux annexes, c'était une recherche nouvelle, rendue malaisée par la présence des pinces déjà en place ; aussi se contentait-on le plus souvent de n'y point toucher, en invoquant une théorie des plus commodes, celle de leur régression naturelle après la disparition de l'utérus.

D'autres employaient les ligatures qui étaient appliquées par étages le long des ligaments larges, ceux-ci étant liés et sectionnés par paquets successifs. Je sais par expérience combien la manœuvre était pénible et longue ; tout au moins avait-elle le mérite de ne pas encombrer le champ opératoire.

Au résumé, l'hémostase préventive et progressive précédait pas à pas la libération également progressive de l'organe. A ces méthodes d'extraction, qui constituaient pour l'époque un immense progrès, se rattachent les grands noms de Péan et de Schröder.

Aujourd'hui, les termes du problème sont renversés. Tout d'abord on énuclée l'organe (ou mieux les organes, car ici les annexes suivent l'utérus dans ce mouvement de luxation au dehors). Enfin, comme acte terminal, on les détache de leurs pédicules ligamenteux et vasculaires, qui sont devenus accessibles à la vue et s'offrent d'eux-mêmes à la section. Surtout, jusqu'à ces derniers temps, on ne s'est pas occupé de l'hémostase ; celle-ci n'est plus primitive, mais secondaire, ou mieux ultime. Et c'est là que réside la simplification.

Il serait difficile de contester à Doyen le mérite d'avoir imaginé cette heureuse et féconde révolution apportée dans le domaine non seulement de l'hystérectomie, mais aussi d'autres interventions chirurgicales ; de sorte que certaines manœuvres opératoires, jusque là compliquées et difficiles, deviennent, par le fait de ce renversement, rapides et aisées. Il m'arrivera de développer plus

d'une fois devant vous des opinions et pratiques empruntées à ce chirurgien d'un tempérament si personnel et si hardi ; c'est que j'en aurai, par ma propre expérience, reconnu la justesse et le réel bénéfice.

Il est évident que l'avènement de la forcipressure préventive a constitué un progrès énorme pour la chirurgie. Opérer à *blanc* était devenu le rêve de la plupart des chirurgiens, qui, dans ce but, ne craignaient pas de multiplier les pinces d'une façon invraisemblable. En effet, comme beaucoup d'autres, cette méthode n'a pas tardé à produire des excès. Plusieurs d'entre vous ont vu de ces interventions, triomphe de la forcipressure, où le champ opératoire disparaissait sous un arsenal d'acier. Par peur des vaisseaux, on pinçait tout, même ce qui n'était pas vaisseau ; peau, tissu cellulaire, aponévroses, muscles, péritoine, etc., tout était matière à pincement : le moindre bout de chair était traité à la façon d'un dangereux pédicule vasculaire ; ciseaux et couteaux ne cheminaient qu'entre des rangées formidables de pinces, et ce n'était pas une mince besogne que de compter ces dernières pour s'assurer qu'elles étaient au complet, qu'on n'en avait oublié aucune dans le corps du patient.

En ce qui concerne l'hystérectomie vaginale en particulier, cette terreur du sang dominait tout ; aussi bien, s'ingéniait-on à multiplier l'hémostase préventive autour de l'organe à enlever. Toutefois, si on veut bien y réfléchir, l'utérus et ses annexes reçoivent tout leur sang de 4 vaisseaux ou groupe de vaisseaux, deux en bas (les a. utérines) et deux en haut (les a. spermatiques). Qu'on y joigne quelques ramifications supérieures de l'artère vaginale, ou même des anastomoses entre les vaisseaux de l'utérus et ceux du vagin (artère utéro-vaginale récurrente), qui, souvent, donnent du sang, quand on pénètre dans le Douglas, au niveau de la tranche vagino-péritonéale.

Il suffit donc de 4 pinces *bien placées* (plus 2 ou 3 petites pinces, non constantes, sur la tranche vagino-péritonéale), pour tarir toutes les sources vasculaires susceptibles de donner pendant l'opération et pour aboutir à l'extirpation à peu près exsangüe de l'organe. Quand on parle d'hystérectomies ayant nécessité 30, 40 et même 50 pinces, c'est qu'il y a eu 20, 30 ou 40 pinces au moins qui ont été mal placées et qui, par suite, n'ont servi à rien. Voyez quelle somme colossale cela représente de temps perdu et de fatigue inutile...

En outre, il est possible que vous vous fassiez illusion sur le

calibre réel des vaisseaux qui alimentent l'utérus, du moins en dehors de l'état de grossesse. Vous avez sans doute entendu parler d'hémorragies formidables (?) qui accompagneraient la section de l'utérine, artère plus grosse, disait-on, qu'une forte plume de corbeau... J'estime qu'il faut beaucoup rabattre de l'importance de cette artère. Vous allez la voir tout à l'heure sur la tranche de section du lig. large : c'est à peine si elle égale le volume de la radiale.

Quant aux vaisseaux spermatiques, ils sont encore plus petits.

C'est donc contre 4 vaisseaux de cette importance qu'est dirigé un des plus formidables outillages de la chirurgie...

Constatons enfin que ces vaisseaux affectent une disposition très heureuse au point de vue de l'intervention opératoire. Ils conservent leur calibre jusque tout près du bord externe de la matrice ; puis, brusquement, ils s'éparpillent en un bouquet de ramifications hélicines qui pénètrent dans l'organe ; de sorte qu'un histouri rasant bien exactement les bords et les faces de l'utérus n'ouvre aucun gros tronc vasculaire. Cette disposition a été mise à profit par des chirurgiens américains, qui proposent de faire l'hystérectomie sans pincés ni ligatures, sans hémostase d'aucune sorte, simplement en faisant porter la libération de l'organe sur cette zone privilégiée. Et qui sait si ce n'est point là la méthode de l'avenir...

A propos du système vasculaire de l'utérus, rappelons que les v. spermatiques destinés aux Annexes proviennent, non des parties externes du ligament large, comme on le dit fréquemment, mais de la face profonde du petit bassin dans lequel ils pénètrent en cheminant devant le muscle psoas. Arrivés au niveau du détroit supérieur, ils suivent le ligament infundibulo-pelvien, qui les recouvre directement, et se dirigent d'arrière en avant vers les hiles de l'ovaire et de la trompe. Le ligament infundibulo-pelvien présente en effet une direction presque perpendiculaire par rapport au plan général du ligament large.

A vrai dire, lorsque, dans le cours de l'opération, on tire fortement sur la matrice et les annexes amenées au dehors, les pédicules vasculaires de ces organes, c'est-à-dire le ligament large et le ligament infundibulo-pelvien sont ramassés côte à côte et confondus en une masse unique venant des profondeurs du pelvis et sur laquelle doit porter le fil ou la pince. Toutefois, l'ensemble des deux ligaments, réunis en avant et divergeant en arrière, forme une masse assez épaisse ; de sorte que les parties à étreindre sont

plus volumineuses vers le haut (de l'autre côté des Annexes) que vers le bas (sur les côtés du col). C'est à ce niveau qu'il n'est pas rare de voir les meilleures pinces avoir de la peine à mordre complètement; c'est là aussi que l'hémostase définitive doit être la mieux soignée.

Ces considérations préliminaires une fois posées, entrons dans le sujet même qui nous occupe.

Aux premiers temps de l'hystérectomie vaginale, on s'appliquait à extraire la matrice *in situ*, après une hémostase préventive établie également *in situ*; quant à l'extirpation des Annexes, si on la tentait, c'était un acte secondaire et pour ainsi dire indépendant du premier.

Aujourd'hui, on rejette à la fin les moyens d'hémostase. On s'occupe d'abord de l'énucléation, hors du bassin, de la *totalité* des organes génitaux internes. Leur détachement latéral vient ensuite, comme acte terminal et définitif.

Mais, pour cela, une condition s'impose, il faut que l'utérus soit mobile et abaissable. S'il ne l'est pas, on cherche tout d'abord à le rendre tel.

Une fois ce résultat obtenu, on entreprend les manœuvres de bascule qui doivent aboutir à l'extériorisation de l'organe, pour ainsi dire à sa naissance à la vulve. Nous verrons, en effet, qu'il existe des artifices pour amener des utérus fixés et rebelles aux tractions à un degré de mobilisation convenable. Ce n'est que dans des cas tout à fait rares, et qui diminueront encore par le fait de l'habileté croissante du chirurgien, que l'on sera réduit à employer l'ancienne méthode de Péan, caractérisée par l'application de toute une série de pinces jusqu'à ce qu'on atteigne le fond de l'organe.

Cette réserve une fois faite, il est bon de constater que le procédé que nous allons suivre a pour lui l'avantage, inappréciable aujourd'hui que la rage des mutilations parait prendre fin, d'être jusqu'au dernier moment éminemment conservateur.

En effet, à chaque temps opératoire il est possible, si l'examen direct des lésions ne parait pas légitimer le sacrifice des organes, d'arrêter là l'intervention et même de réintégrer matrice et ovaires à leur place naturelle, de sorte qu'on aura fait de la bonne chirurgie, conservatrice et efficace à la fois, ce qui doit rester l'idéal du gynécologue.

(à suivre)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(CINQUIÈME SESSION)

Des tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement

M. KEIFFER (de Bruxelles), rapporteur. — Je me suis donné pour tâche, dans ce court rapport, non pas d'exposer la question entièrement et d'une manière didactique, mais de l'envisager au point de vue des progrès que la gynécologie et l'obstétrique ont pu lui faire faire de nos jours.

La question me paraît à cet égard renfermer les trois propositions suivantes :

a) Quelle est l'évolution habituelle de la grossesse et de l'accouchement lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de l'utérus ?

b) Quels sont les principes qui doivent guider notre conduite thérapeutique ?

c) Enfin, quelles sont les indications des différents moyens dont nous disposons aujourd'hui dans les cas de grossesse compliquée de fibromes ?

Les fibromes sous-muqueux, interstitiels ou sous-péritonéaux, sont rarement des fibromes purs, mais souvent des fibromyomes ou des myomes à un ou plusieurs noyaux. Quelles que soient la densité de leur texture, l'abondance des cellules musculaires ou fibreuses qui les constituent, il est acquis aujourd'hui, microscopiquement et cliniquement, qu'ils participent presque toujours aux modifications que la grossesse amène sur la nutrition et les qualités physiologiques du tissu utérin.

Mais leur siège et leur volume éminemment variables troublent, à raison même de ce volume et de leur asymétrie de situation, la coordination des contractions et la forme de l'onde contractile de l'utérus. De là des pressions inégales, non graduées, irrégulières comme intensité et comme ordre de succession, de là le décollement de l'œuf et l'hémorragie qui accompagnent, chez les femmes atteintes de fibromes, les moindres excitations périphériques, émotives, sensorielles, traumatiques.

Cependant, grâce au ramollissement dont ils sont le siège, aux caractères de fibres lisses qu'ils affectent, les fibromes laissent fréquemment aboutir la grossesse en dépit des lois de la statique utérine.

Nous voyons que, dans les circonstances les plus favorables, les fibromes que l'on pouvait sentir à la palpation abdominale peuvent s'effacer complètement, faire corps presque homogène avec la paroi utérine, et ce n'est qu'au moment d'une contraction utérine qu'on retrouve leurs contours saillants.

Dans des cas plus accentués on peut apprécier leur résistance plus grande et leur influence funeste sur la forme de la contraction; il est possible de prévoir ici que la résultante des forces musculaires ne suivra pas l'axe pelvien normal. Cette résultante changera de direction, n'agira plus symétriquement sur l'ovoïde de révolution qu'est le fœtus, et celui-ci se présentera mal.

Après les hémorrhagies et l'avortement, ce sont les présentations vicieuses qui apparaissent le plus fréquemment; puis les cas compliqués dont la gravité se manifeste déjà au troisième et quatrième mois.

Une tumeur fibreuse, située, par exemple, au niveau de la face postérieure de l'utérus, a créé à trois mois et demi une rétroversion, et l'incarcération de l'utérus gravide dans le petit bassin. Si l'on arrive à temps pour faire la réduction, la grossesse pourra peut-être continuer à évoluer; mais presque toujours l'œuf est perdu avant qu'on lui ait porté secours, et on se trouve en présence d'une triple complication: l'incarcération, la rétention du produit, le fibrome. Songe-t-on déjà ici à une opération autre que celle de la réduction et du curettage? Je ne le pense pas et je ne puis l'admettre.

Mais cette conjecture se justifiera davantage, si l'utérus gravide, au lieu d'être incarcéré, a pris déjà un grand développement au-dessus du détroit supérieur du bassin, et si une tumeur fibreuse s'oppose à la descente et à l'accommodation utérine.

Quoi qu'il en soit, nombre d'observateurs consciencieux ont pu remarquer la tendance des fibromes du segment inférieur à se ramollir comme les autres, et à émigrer vers le fond de l'organe, pendant le cours, et surtout la fin de la grossesse. Mais cette terminaison favorable peut ne pas se produire; ce fibrome est alors une cause de dystocie plus ou moins accusée, et le praticien aura, dans ce cas, à supputer les chances de l'opération césarienne et de l'amputation de Porro, suivant l'état de vie ou de mort du produit.

Enfin, l'évolution des fibromes, au cours de la grossesse, aura été telle que, dès le troisième ou quatrième mois, il s'est produit une fausse couche; mais l'utérus fibromateux est si volumineux, la cavité utérine est si éloignée de sa situation normale, qu'il n'est pas possible d'abaisser l'organe et de le curetter. Ce sera ici une tumeur grave, compliquée de tous les phénomènes septiques de la rétention placentaire, du ramollissement pathologique de la tumeur, voire même de sa gangrène.

Les combinaisons les plus variées de ces cas principaux pourront s'offrir à la sagacité chirurgicale et obstétricale, et notamment ceux qui, rentrant dans le cadre des grossesses compliquées de fibromes volumineux, peuvent bénéficier, grâce à une situation favorable des tumeurs dans l'abdomen ou dans le vagin, d'opérations audacieuses, rendant la filière pelvienne libre pour le terme de l'accouchement.

Si la grossesse peut modifier utilement les éléments anatomiques du

fibrome, et donner à ce tissu anormalement développé une certaine valeur physiologique, qui pourra entrer en jeu au moment du part, elle peut aussi déterminer en lui les mêmes phénomènes de régression se passant dans le tissu utérin normal, au cours des suites de couches, à savoir la dégénérescence graisseuse physiologique. Cette régression peut aller jusqu'à la disparition presque complète de la tumeur, et c'est la grossesse seule qui aura produit le phénomène.

Malheureusement, ce n'est pas toujours à ce résultat qu'elle aboutit, pas plus néanmoins que la ménopause sur l'involution ou l'accroissement des fibromes ordinaires non compliqués de grossesse; il arrive que la régression ne se produit pas au moment voulu, mais trop tôt, trop rapidement, prend même les caractères d'une dégénérescence pathologique, vraisemblablement à raison de conditions locales défectueuses d'irrigation vasculaire, de nutrition insuffisante ou d'influences diathésiques, et c'est à la dégénérescence cartilagineuse, amyloïde, calcaire, sarcomateuse, ou au ramollissement, à la suppuration, à la nécrose que l'on a affaire, avant même que le fœtus ne soit viable. Une telle évolution du fibrome est relativement rare; mais, comme dans les conditions où elle se produit, les chances d'une extirpation totale de l'utérus se trouvent diminuées; comme, d'autre part, si l'accouchement a lieu, même dans de bonnes conditions pour la mère et l'enfant, il subsiste quand même un utérus fibromateux pouvant déterminer plus tard des accidents graves, l'accoucheur se pose la question de savoir s'il n'est pas préférable, en principe, de pratiquer l'hystérectomie chaque fois qu'une grossesse se produit dans un utérus fibromateux.

Je ne pense pas que l'on puisse répondre à cette question comme à celle de la grossesse extra-utérine, et dire qu'en général la grossesse compliquée de fibromes doit être, comme la grossesse ectopique, considérée comme une tumeur de mauvaise nature et être extirpée.

La terminaison favorable d'une grossesse extra-utérine est d'une extrême rareté, et soumise toujours aux dangers d'une opération des plus graves, tandis que la grossesse avec fibromes évolue parfois fort bien, et n'est pas toujours soumise aux conditions d'une intervention.

On sait, à peu de choses près, ce que l'on peut attendre d'une grossesse ectopique: l'hémorrhagie interne, l'hématocèle rétro ou para-utérine, et, en fin de compte, la mort du fœtus et une opération abdominale des plus compliquées pour finir, tandis qu'on ne sait pas, *a priori*, comment vont évoluer les fibromes, au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Mais pour répondre en toute conscience à la question de principe posée, établissons-en le bilan, et disons d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas, dans l'espèce, d'utérus très volumineux, provoquant des accidents de compression, et remontant, par leur seule présence, bien au-dessus du détroit supérieur, et justiciables ceux-là d'une opération sans discussion; nous parlons de ces utérus fibromateux, à propos desquels s'est élevée déjà dans nos Congrès la discussion de l'opportunité de l'extirpation de

ces tumeurs, qui ne gênent en aucune façon le fonctionnement des organes pelviens, et ne provoquent aucune douleur.

Lorsqu'une grossesse survient dans un utérus fibromateux de ce genre, qui jusqu'ici n'a pas provoqué d'accidents bien appréciables, quels risques courons-nous, et quelles chances de succès avons-nous?

D'une part, des risques d'avortement, d'hémorrhagies, d'accouchement prématuré, de positions vicieuses de l'enfant, de placenta prævia, de dystocie par accroissement excessif des tumeurs soit du côté du vagin, du segment inférieur, de la paroi postérieure ou antérieure de l'utérus, etc., de dégénérescences diverses déjà citées, de compressions graves sur les organes pelviens ou abdominaux, d'ascite, etc., et les risques de ces divers accidents combinés à ceux qui accompagnent ordinairement la mort prématurée du fœtus.

D'autre part, nous avons les chances de voir les tumeurs suivre les modifications physiologiques du tissu utérin normal, et de fonctionner au moment opportun comme tel, de pratiquer le curettage en cas d'avortement, de voir évoluer la grossesse avec peu ou pas d'accidents jusqu'à terme, ou tout au moins jusqu'à viabilité du produit, de pouvoir opposer aux hémorrhagies les moyens habituels, comme dans une grossesse quelconque, de réussir la version podalique ou l'extraction instrumentale, appropriée aux circonstances anatomiques spéciales qui se présentent, de faire, comme cela a été fait maintes fois avec succès, à savoir une extirpation partielle par la voie abdominale ou vaginale d'une ou plusieurs tumeurs, causes de dystocie, et cela préalablement à l'accouchement à terme; enfin, il nous reste encore, pour les cas de dégénérescence maligne ou le développement excessif avec putréfaction du fœtus ou toute autre combinaison, l'extirpation totale par l'une ou l'autre voie.

Si donc on pose la question de principe, à propos de fibromes utérins qui n'appellent pas d'emblée une intervention absolument nécessaire, nous avons, d'un côté, toute une série de chances d'obtenir une grossesse favorable à terme ou à peu près; nous conservons nos moyens d'action pour enrayer facilement les accidents qui interrompent cette grossesse ou qui accompagnent l'avortement, et nous gardons, comme dernière ressource, l'extirpation totale qui semble n'être pas plus grave parce qu'elle est compliquée de gravidité (1).

Si nous opérons d'emblée, au contraire, nous évitons les accidents ultérieurs, mais au prix d'une mutilation qu'il n'est pas possible de considérer *a priori* comme justifiée.

Quel que soit donc le pourcentage des avortements, dans les cas de fibrome, quel que soit celui des accidents qui surviennent au cours de la gestation, s'il est démontré que l'accouchement peut se produire et

(1). Lauwers de Courtrai a publié en 1892 (*Bulletin de la Société Belge de Gynécologie*), une série intéressante d'interventions graves de ce genre, suivies de guérison.

donner naissance à un enfant vivant, il faut répondre « non » à la question posée.

A moins de circonstances spéciales et qui d'avance font pronostiquer l'impossibilité de la gestation et de l'accouchement, l'expectation armée semble être la règle de conduite à conseiller.

Il y a quinze ans, on n'aurait pu formuler une telle ligne de conduite, parce qu'il n'était pas possible, à cette époque, d'opposer aux accidents de la grossesse avec fibromes utérins une thérapeutique suffisamment efficace. Ce n'était pas seulement le fœtus dont la vie était compromise, mais celle de la mère.

Aujourd'hui, celle de la mère est, à peu d'exceptions près, assurée; celle du fœtus, bien qu'encore aléatoire, bénéficie cependant des connaissances nouvelles acquises en physiologie pathologique de l'utérus, et surtout de la technique instrumentale de l'accouchement dystocique.

Le curettage de la matrice, opération à la portée de tous les chirurgiens, semble à lui seul avoir enlevé aux fibromes utérins, compliqués de grossesse, la plus grande partie de leur gravité.

Les nouveaux traitements de l'hémorrhagie grave, par les injections hypodermiques et intra-veineuses de sérum artificiel, y ont puissamment contribué.

La conduite à tenir, bien réglée aujourd'hui dans les cas de placenta prævia, fait également envisager la question sous un jour moins sombre; les manœuvres externes et internes de réduction de l'utérus sont devenues plus précises, et mieux connues de la généralité des accoucheurs, ainsi que celle de l'expression manuelle du placenta, de la dilatation forcée du col, de la périnéotomie, de l'épisiotomie, les moyens d'extraction difficiles du fœtus se sont également améliorés par l'emploi de forceps appropriés, notamment de celui de Tarnier qui s'adapte aux filières pelviennes les plus déviées, de celui de Farabeuf, si un fibrome donne une configuration oblique au petit bassin; la symphyséotomie et l'ischio-pubiotomie de leur côté trouvent une heureuse application pour agrandir les diamètres altérés par un fibrome.

Enfin, l'éducation récemment acquise des opérations de myomotomie abdominale et vaginale, et les beaux résultats obtenus viennent renforcer encore notre confiance, dans les cas les plus complexes de fibromes utérins, et développer en nous cette idée que, dans l'état actuel de la gynécologie et de l'obstétrique, il n'est pas permis de considérer les fibromyomes compliqués de grossesse comme des tumeurs à extirper toujours et quand même, puisque nous possédons de nombreux moyens de solliciter une évolution relativement normale de cette gestation pathologique et de parer à presque tous les accidents qu'elle peut engendrer.

J'ai énuméré la plupart des accidents qui surviennent au cours de la grossesse fibromateuse, soit par le fait de la grossesse sur les fibromes, soit par le fait des fibromes sur le développement de l'œuf, et j'ai

parlé des moyens thérapeutiques dont nous disposons aujourd'hui pour sauver tout au moins la mère si pas toujours l'enfant.

Permettez-moi de préciser les indications de ces moyens.

Si nous examinons les statistiques dressées par notre collègue Lefour⁽¹⁾ nous voyons que, sur 227 cas de grossesses avec fibromes, on a pu observer 39 avortements, soit 1 avortement sur 5,8 grossesses⁽²⁾.

Ceci suppose, certainement, un grand nombre de rétentions placentaires. Si cette complication est déjà fréquente, l'utérus étant normal; *a fortiori* l'est-elle, lorsque les parois utérines n'offrent pas l'intégrité anatomique requise.

Or, si la rétention placentaire ordinaire est une indication du curetage aujourd'hui admise par presque tous, je pense qu'elle doit rallier tous les chirurgiens, lorsqu'il existe des tumeurs fibreuses de la paroi utérine. Pourquoi ? Parce que l'endométrite chronique accompagne fréquemment les fibromes utérins; parce qu'elle, seule, peut avoir été la cause de l'avortement, parce que le curetage a une influence souvent des plus heureuses sur la tendance aux hémorrhagies; enfin parce qu'il met l'utérus à l'abri d'une infection saprophytique ou microbienne d'autant plus à craindre qu'on se trouve en présence de néoplasmes plus ou moins vasculaires, à tendance dégénérative, à résistance faible ou nulle.

Si donc, dans les conditions anatomiques ordinaires, on temporise au début, en sollicitant l'évacuation utérine spontanée avant d'opérer, dans les cas de fibromes, je ne puis que conseiller l'évidement immédiat par une curette plutôt tranchante que mousse, montée sur un long manche flexible qui puisse atteindre la cavité utérine, située parfois très haut et en dehors de la ligne médiane.

Les résultats pratiques immédiats de cette conduite, dans tous les cas d'avortements suivis de rétention placentaire, seront : l'absence de toute infection, la possibilité d'une participation régressive physiologique de la part de tout l'utérus, fibrome et tissu utérin normal, et la meilleure garantie contre les hémorrhagies.

La prédisposition aux suintements sanguins, hémorrhagies, est très grande dans les cas de fibromes compliquant la grossesse. Les moyens médicaux dont nous disposons contre elles se trouvent limités dans une diététique appropriée, le repos absolu et surtout l'usage de substances qui, comme l'hydrastine, sont incapables d'amener une contraction expulsive de l'utérus, mais une action vaso-constrictive légère et suffisante pour éviter le décollement progressif de l'œuf.

La curette reprend ses droits dès que la situation du fœtus semble perdue, c'est-à-dire dès que l'hémorrhagie est devenue abondante; il ne s'agit pas de tenter alors l'hypodermoclyse ou l'injection intraveineuse de sérum artificiel; cette manœuvre n'est indiquée que lorsque l'utérus

(1) Lefour. *Thèse d'agrégation*. Paris, 1880.

(2) Ribemont-Dessaignes et G. Lepage. *Précis d'Obstétrique*, p. 934.

est complètement vidé, et qu'il n'a pu récupérer, sous la curette et le tamponnement, ses propres moyens de contraction musculaire et vasculaire. Il ne faut pas perdre de vue que la transfusion veineuse agit sur les centres médullaires de contraction (1).

Les indications de l'accouchement prématuré dans les grossesses fibromateuses sont les mêmes que dans les cas de bassin vicié. Mais il est plus facile de mesurer les diamètres d'un bassin osseux dystocique que de supputer ceux laissés par un utérus garni de fibromes, soumis à des variations d'épaisseur, de ramollissement, d'effacement, d'ascension des tumeurs vers le fond de l'organe. Rien de bien précis donc à cet égard ; mais, s'il existe vers sept mois et demi et huit mois, un fibrome mural ou vers le Douglas, et si l'on pressent par le toucher une sérieuse diminution des diamètres, il faut songer, suivant l'importance du rétrécissement, à l'accouchement prématuré, avec ou sans application de forceps, à la symphyséotomie, voire même à l'embryotomie, si le fœtus a succombé. S'il arrive que la femme est presque à terme au moment du premier examen, et qu'au toucher on reconnaisse l'absolue impossibilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, il faut attendre que le travail s'établisse et faire l'opération césarienne, suivie de l'amputation utéro-ovarique.

Les indications de l'application du forceps et celles de la version podalique, dans les rétrécissements dus aux fibromes, sont imposées lorsque leur emploi est justifié, par la présentation fœtale d'abord, et surtout par l'état de la dilatation du col. Il se fait précisément que la dystocie empêche le travail de dilatation cervicale régulière et progressive de se produire, ce qui appelle plutôt la version que tout autre procédé d'extraction, puisqu'elle utilise, somme toute, un moyen direct de dilatation. L'application de forceps sur la tête dernière sera sans doute nécessaire dans ces conditions, les fibromes utérins du fond ou des parois s'opposant à l'exécution heureuse de la manœuvre de Mauriceau.

L'extirpation d'un fibrome par laparotomie ou opération vaginale paraît bien indiquée lorsque la tumeur est sous-péritonéale, suffisamment accessible et pédiculée pour ne pas compromettre de suite la valeur des tuniques musculaires de l'utérus, et lorsque cette tumeur est considérée comme devant former le seul obstacle à l'accouchement.

L'épisiotomie trouvera sa place lorsque le col utérin sera le siège d'une transformation fibreuse locale ou diffuse de ses éléments musculaires circulaires ou radiés. La périnéotomie, plus rarement applicable, trouvera cependant une indication utile lorsque le vagin ou le périnée eux-mêmes s'opposeront à l'extraction fœtale des néoplasies fibreuses.

Les pelvitomies pubiennes ou ischio-pubiennes me paraissent surtout indiquées lorsque le siège de la tumeur ou des tumeurs est au segment inférieur de l'utérus. En ce point, les diamètres osseux pourront être

(1) Keiffer, *Recherches sur la physiologie de l'utérus*. Bruxelles, Lamartin.

suffisamment réduits par l'épaisseur des parois utérines pour réaliser les conditions favorables d'une intervention sur le bassin et trop peu altérés pour qu'on songe à faire prévaloir l'opération césarienne.

Enfin, l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes, pratiquée sous forme d'amputation utéro-ovarique de Porro ou suivant des procédés plus radicaux, par les voies abdomino-vaginales ou inversement, sont nettement indiquées : 1° lorsque les tumeurs fibreuses sont déjà dignes de cette extirpation indépendamment de toute complication de grossesse ; 2° lorsque la grossesse s'étant produite et arrêtée, les tumeurs occupent une situation qui rend tout accouchement impossible ; lorsqu'il y a de sérieuses présomptions de dégénérescence de tumeurs fibreuses ou de suppuration et d'infection consécutives à une rétention placentaire ; 4° enfin, après l'opération césarienne légitimée par des tumeurs fibreuses.

Comme on le voit, les combinaisons les plus variables peuvent se présenter et exiger de la part du praticien autant de science obstétricale que de science chirurgicale.

Aucune question ne s'adresse mieux aux accoucheurs et gynécologues réunis ; mais un tempérament différent entraîne les uns et les autres dans une spécialisation trop tranchée de la génitologie féminine, et cela aux dépens des décisions à prendre précisément dans les cas de fibromes avec grossesse. L'accoucheur courra les risques d'une grossesse dans l'espoir de récolter un produit vivant ; le gynécologue moderne fera valoir au contraire les risques encourus et la rareté d'une naissance favorable.

Ces divergences de vues ne montrent-elles pas tout le danger qu'il y a à être deux pour décider de la conduite à tenir dans les circonstances que je viens d'énumérer ? Une juste appréciation des périls et des chances qu'il y a à laisser évoluer une grossesse fibromateuse doit émaner d'un seul et même cerveau, chez lequel le tempérament chirurgical est tempéré par une connaissance approfondie de l'évolution de l'organisme et le désir d'en solliciter les moindres phénomènes utiles.

NOUVELLES

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. —
Concours pour les prix à décerner à MM. les Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (année 1897).

Le Concours annuel pour les prix à décerner aux Elèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le lundi 24 Mai 1897, à midi précis, dans l'Amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3.

MM. les Internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du

règlement sur le service de Santé, tous les Internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce Concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures, du lundi 26 Avril au samedi 8 Mai inclusivement.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours public** pour la nomination à trois places de Médecin des hôpitaux de Paris.

Ce Concours sera ouvert le mercredi 26 Mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des Candidats est ouvert depuis le samedi 24 Avril, et sera clos définitivement le vendredi 7 Mai, à trois heures.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours public** pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux.

Ce Concours sera ouvert le lundi 31 Mai 1897, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le samedi 1^{er} Mai 1897, et sera clos définitivement le vendredi 14 du même mois, à trois heures.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholériforme, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing*.

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du **D^r FRANK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement de la grossesse extra-utérine,

par le Dr J. HENROTAY (Anvers).

(Travail présenté à la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.)

La communication de notre collègue Stouffs, sur un cas de grossesse extra-utérine opérée par le vagin, mérite une discussion approfondie. Le traitement de cette affection me paraît entré, chez quelques-uns, dans une voie où je ne saurais les suivre, et je désire vous en exposer les motifs.

Le sujet que j'aborde a fait, il y a juste un an, à la Société de

FEUILLETON

De la cause de l'attitude prise par la femme dans l'accouchement.

Les variations d'attitude que prend la femme au moment d'accoucher, différences qui dépendent de la race, du siècle que l'on considère, et probablement de la caste, ont vivement intéressé les ethnographes et les accoucheurs. Parmi les nombreux travaux qui se rapportent à ce sujet, je citerai :

Ploss (*Das Weib*, t. II, p. 174) qui a donné un tableau assez complet de ces différentes attitudes et a reconnu

que chaque race n'avait pas une position unique, mais que celle-ci varie dans le même peuple.

Et M. Witkowski, en France (*Accouchement chez les peuples*, 1887), qui a noté qu'il existait néanmoins une position favorite pour chaque peuple et a donné de grands détails à ce sujet. Néanmoins, il n'a pu remonter à la cause de ces attitudes, et il s'étonne de la préférence des peuples primitifs pour l'accouchement dans l'attitude à genoux ou accroupie.

Pour expliquer cette cause, nous pensons qu'il faut rechercher la façon dont l'homme se repose d'ordinaire. On sait en effet que cette attitude varie suivant les races : les unes s'accroupissant, les autres se croisant

chirurgie de Paris, l'objet d'une discussion approfondie, et j'aurai plus d'une fois à faire appel aux opinions émises par nos collègues français.

Pour fixer les idées, je ne m'occuperai que de la grossesse ectopique avant le quatrième mois, c'est-à-dire de cette période pendant laquelle la rupture peut être considérée comme la règle.

Au point de vue de la lésion à traiter, nous devons distinguer :

- 1° La grossesse extra-utérine en évolution ou avortée (hémato-salpinx), mais sans rupture tubaire ;
- 2° La rupture cataclysmique ou inondation péritonéale ;
- 3° La rupture simple ou lente, ou l'avortement abdominal, ou, mieux encore, leur aboutissant, l'hématocèle.

Je n'accorde pas, à dessein, ici, le terme spécifique de *intra-péritonéale*, bien que ce soit la règle générale ; car dans certains cas, très rares d'ailleurs, la rupture de la trompe gravide le long de son plan d'insertion, aboutit à l'*hématome du ligament large* ou *hématocèle extra-péritonéale*. Il ne suffit pas, en effet, de trouver à la surface d'une ancienne collection sanguine, siégeant dans le Douglas, le péritoine se réfléchissant du rectum sur la face postérieure de l'utérus, pour parler d'hématocèle extra-péritonéale.

Il s'agit, dans ces cas, de l'organisation de fausses membranes avec revêtement endothélial, séparant la tumeur du reste de la grande cavité du péritoine. Mais, ainsi que l'ont montré les anciennes recherches de Schröder, et comme le professe Chrobak,

les jambes, d'autres s'agenouillant, sans compter la posture assise qui est un résultat de la civilisation. A ces variations dans la manière de se reposer en correspondent d'analogues dans la posture pour accoucher.

En d'autres termes, si la position accroupie ou agenouillée est prise de préférence par les peuples sauvages, c'est que c'est leur position habituelle même au repos.

Néanmoins, nous ne prétendons pas qu'il y ait parallélisme absolu entre la position habituelle de repos et celle prise par les femmes pour accoucher, il y a simplement concordance.

C'est qu'en effet un élément intervient ici. En quelques cas la femme

peut accoucher debout, elle prend par suite une position qui n'est pas celle du repos.

D'autres causes peuvent parfois influencer sur la position, telle celle des Anglaises qui tournent le dos à leur accoucheur, depuis le milieu du XVIII^e siècle, et cela par pudeur.

Enfin, il faut avouer que beaucoup de renseignements font défaut pour tirer une conclusion absolue ; ils sont au contraire pleinement suffisants si on se borne à noter une concordance ordinaire. Prenons quelques exemples. Comparons donc les positions prise habituellement dans le repos par les diverses races humaines avec celles qu'adoptent les femmes pour accoucher.

les traces de l'ancien revêtement péritonéal persistent au fond du cul-de-sac recto-utérin, sous l'hématocèle.

Au point de vue des symptômes objectifs, la rupture intraligamentaire aboutit à la formation d'une tumeur franchement latérale, au siège d'élection de la paramétrite ; aussi croyons-nous peu fondé le diagnostic de notre confrère basé sur l'existence, « d'une tumeur fluctuante bombant dans le Douglas et limitée du côté de l'abdomen ». Et ce détail n'est pas une simple remarque, mais a, en réalité, une importance capitale au point de vue du traitement.

I. — Grossesse ectopique évoluant ou avortée, mais sans rupture.

Jusqu'à présent, tous les gynécologues étaient d'accord pour traiter par la laparotomie et l'extirpation de la trompe atteinte les cas de ce genre, et je n'ai pas été peu surpris de voir M. Rouffart, à la Société d'anatomie pathologique, partisan de l'hystérectomie en l'occurrence.

« L'étiologie de la grossesse extra-utérine, dit notre confrère ⁽¹⁾, n'est pas bien connue ; mais on sait que l'inflammation des annexes constitue une cause prédisposante. Les annexites bilatérales sont fréquentes ; aussi ne doit-on pas reculer devant l'ablation des deux trompes. En effet, cette ablation n'augmente

(1) *Journal médical de Bruxelles*, 1896, n° 51.

De même qu'il n'y a pas ordinairement une position unique pour accoucher, de même on ne trouve pas une pose unique de repos ; mais dans les deux cas il en est une plus particulièrement usitée.

Commençons par les races les moins civilisées, les nègres et les sauvages. Nous nous servirons pour indiquer l'attitude favorite de repos d'un travail encore inédit fait avec M. Lajard, mais dont nous tirerons déjà les quelques conclusions qui nous intéressent à ce point de vue particulier.

Dans l'Afrique centrale, les hommes s'accroupissent, mais les femmes (et cela existe en général chez tous les sauvages) prennent de préférence la position agenouillée. Sur les côtes,

l'usage du siège commence à se répandre, mais c'est en général un siège bas, un rudiment de siège.

Chez les nègres musulmans, les sièges et l'habitude de s'asseoir sont également plus répandus.

Il n'est donc pas étonnant qu'en Afrique l'attitude accroupie ou agenouillée pour accoucher soit fréquente. Les auteurs citent comme exemple le Sénégal, où les deux positions sont prises indistinctement, le Bas-Niger, où on accouche à genoux, et l'Ounyaoro et la Cafrerie, où elle est accroupie.

Néanmoins, la position debout est souvent choisie, tels les Bogos, les Ethiopiens, Darfours, Somalis, Hottentots.

« pas les dangers de l'intervention ; elle écarte toute chance de « récidive. »

Mais ce que l'on sait aussi, c'est que la grossesse extra-utérine se présente chez des femmes sans le moindre passé gynécologique, enceintes pour la première fois ou ayant eu, dans des conditions absolument normales, un ou plusieurs enfants, ainsi que j'en ai observé des exemples. Aussi cette ignorance doit-elle nous empêcher de guider notre conduite sur des probabilités qui ne se sont pas réalisées dans bon nombre de cas.

Le danger de récidive dans l'autre trompe est réel certes, mais il constitue un aléa si faible qu'il ne peut pas décemment entrer en ligne de compte. Je suis absolument d'accord avec notre confrère que cette ablation n'augmente pas les dangers de l'intervention et qu'elle écarte toute chance de récidive. Cela est évident, mais je ne crois pas que ce soit là deux raisons suffisantes pour indiquer l'hystérectomie.

A ce compte, bien des amputations ne seraient pas plus graves que de laborieuses sutures osseuses avec le traitement consécutif, et l'ovariotomie pour kyste simple devrait toujours être bi-latérale.

J'ai vu avec satisfaction les D^r Gallet et Verneuil se prononcer à la même séance contre la thèse de notre confrère qui n'a rencontré aucun adhérent parmi les membres de la Société de chirurgie ayant pris part à la discussion. (Picqué, Regnier, Routier, Schwartz, Segond, Tuffier, Ricard, Terrier, Chaput, Bouilly.)

La position assise basse est répandue sur le Nil Blanc, chez les Schulis, les Niams-Niams (1). Par contre, en Guinée et au Bas-Congo, les femmes accoucheraient étendues sur le dos, à Assinie, dit Mondière, et sur le ventre à Loango (2).

On peut donc conclure qu'en Afrique la position accroupie ou à genoux est la plus fréquente chez les Nègres qui ne sont pas en contact avec les Européens ou les Islamites, tandis que la position couchée paraît fréquente dans la Guinée et le Bas-Congo, et celle assise basse dans le Haut-Nil.

Pour donner plus de précision à

ces conclusions, il faudrait des rapports plus précis, car la position doit varier dans un même peuple et il faudrait connaître la position dominante, point qui est rarement indiqué par les voyageurs.

En Amérique, la posture de repos varie beaucoup chez l'homme. Dans le Nord, l'Indien s'assoit sur un siège ou prend la position en tailleur. Au Mexique il paraît préférer l'attitude accroupie. Dans le Sud, la position varie selon la race, assise en tailleur ou accroupie. Les Fuégiens enfin s'accroupissent. Mais toujours la position favorite de la femme est agenouillée.

Il ne faut donc pas s'étonner de cette constatation de Witkowski, à

(1) *Jelkin dans l'Homme*, 1884, p. 246.

(2) *Verrien. Bull. Soc. ant.*, 1885.

Je ne puis que me ranger complètement à leur avis rejetant l'hystérectomie dans ces cas, la considérant comme une simplification par trop radicale de la thérapeutique de l'affection qui nous occupe.

Je n'en agirai de la sorte que dans le cas de *grosses* lésions bi-latérales des annexes. Quant aux petites lésions de la trompe non gravide, elles ne doivent être prises en considération que chez les femmes à passé blennorrhagique chez lesquelles elles sont un indice compromettant gravement l'avenir de ces malades.

En dehors de ces cas, c'est à la laparotomie toujours que l'on doit recourir dans tous les cas où l'on soupçonne une grossesse extra-utérine.

Mais, répondront les partisans de l'hystérectomie, les annexes des deux côtés sont entreprises dans la grande majorité des cas. Cela était en effet exact; mais quelle importance faut-il attacher à cette atteinte de la trompe et de l'ovaire de l'autre côté?

Au cours de l'évolution de presque toute grossesse ectopique apparaît une réaction péritonitique sur la nature de laquelle notre ignorance est complète, mais qui est incontestable. Les fausses membranes qui en sont le résultat soudent le sac fœtal aux organes voisins et, s'étendant aux organes du petit bassin, obstruent le pavillon et englobent l'ovaire de l'autre côté.

Mais cette péritonite adhésive avec ses conséquences est loin d'avoir ici la signification qu'elle acquiert, par exemple, dans la

savoir que l'attitude à genoux est celle préférée des Peaux-Rouges. Ploss note également que presque toutes les indiennes d'Amérique accouchent agenouillées, bien que les autres positions soient aussi usitées et même préférées dans quelques tribus.

Les Sioux et les Apaches, par exemple, accouchent de préférence dans la position accroupie. Celle-ci est aussi adoptée par les Fuégiennes.

Les anciens Mexicains auraient accouché accroupis. Actuellement, indiens et métis, à Mexico, accoucheraient, selon Ploss, soit dans la position couchée, soit dans celle à genoux, soit accroupie, soit debout, ce qui montre bien la grande variété des positions chez certains peuples, mais ils

ne nous renseigne pas sur la position préférée.

Prenons à l'opposé les peuples d'Europe et d'Asie. On sait qu'en Europe presque toujours on s'assoit ou, pour un repos plus complet, on se couche. Aussi accouche-t-on dans des lits ou parfois (notamment au xvi^e siècle en France) sur des chaises obstétricales.

Néanmoins Ploss signale la position à genoux en Grande-Bretagne, en Italie, en Espagne, en Grèce et en Russie. Mais elles doivent être exceptionnelles. Il en est de même de celle du Morvan où la femme accouche debout, se maintenant par les bras à deux chaises, les jambes légèrement fléchies. (à suivre.)

blennorrhagie tubaire, où elle est produite et entretenue par un agent venu de l'extérieur. Dans la grossesse ectopique, il s'agit uniquement d'un processus inflammatoire intrinsèque qui peut marcher vers la régression dès que la cause qui l'a produite est supprimée.

En outre, l'hyperplasie de la paroi tubaire marchant de pair avec le développement du muscle utérin en impose aisément pour des lésions de la salpingite parenchymateuse. C'est dire qu'une légère augmentation de volume de la trompe du côté non atteint, l'occlusion de son pavillon, ne sont pas, *dans la grossesse ectopique simple*, des lésions justifiant leur extirpation, et je crois la chirurgie conservatrice plus que jamais de mise en l'occurrence. Ce serait le moment d'examiner si, en présence de grosses lésions de la trompe non gravide reconnue à la laparotomie, il faut pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, plutôt que la simple salpingectomie bi-latérale.

Notre confrère Jacobs nous a récemment montré les pièces provenant d'une opération semblable, mais qui a, en somme, été pratiquée rarement en pareille occasion; et il est bien difficile de porter un jugement à cet égard. *A priori*, cependant, tout en reconnaissant l'indication de l'opération dans certains cas, nous ne pourrions accepter de voir remplacer en principe une intervention bénigne, telle que la salpingectomie bi-latérale par l'hystérectomie abdominale totale.

Dürhhsen, Kossmann, d'autres ont opéré par la colpotomie antérieure des grossesses ectopiques de la façon classique, c'est-à-dire la sortie et la ligature de la trompe gravide et son extirpation. Je me rallie sans difficulté aux grands avantages que présente pour la malade cette façon d'agir, dans tous les cas où elle permettra de faire une opération complète, et non pas le drainage aveugle d'une poche plus ou moins étendue.

Et Martin (1) ajoute avec raison : « L'impossibilité de pouvoir suffisamment contrôler les adhérences m'a, à différentes reprises, rendu très difficile la terminaison de l'opération par cette voie. »

II. — Rupture cataclysmique ou inondation péritonéale.

L'accord ici est plus unanime; car le traitement revient à aller à la recherche du vaisseau qui donne et à tarir par la ligature la source de l'hémorrhagie. La laparotomie remplit seule les desiderata

(1) Martin. Die Krankheiten der Eileiter S. 391.

d'une voie sûre permettant de voir clair, d'enlever de l'abdomen le sang qui est épanché et d'arrêter l'hémorrhagie dès le début de l'intervention, au besoin au moyen de pinces provisoirement appliquées sur l'angle utéro-tubaire et le ligament infundibulo-pelvien.

III (A). — *Hématocèle intra-péritonéale.*

C'est la forme anatomique la plus fréquente sous laquelle la grossesse extra-utérine se présente à notre examen. Tumeur franchement postérieure refoulant plus ou moins le Douglas et se prolongeant latéralement avec une masse à développement variable du côté de l'abdomen. Et probablement, à cause de sa plus grande fréquence, les avis sont-ils plus divergents. (Je ne parle pas ici du traitement médical qui pourra toujours être institué dans les formes peu graves.)

Il est tentant, en effet, d'attaquer par le vagin une tumeur qui semble s'offrir au bistouri par cette voie, et j'en connais tous les avantages quand il s'agit d'une collection purulente ou putride. Mais la question change, à mon avis, dès que cette tumeur est en relation supposée avec une grossesse extra-utérine. Avec Regnier, Schwartz, Terrier, Chaput, je rejette, dans ces cas, la colpotomie, opération incertaine, presque toujours incomplète et qui au moment du décollement du placenta, a été maintes fois suivies d'hémorrhagies graves dont plus d'une mortelle. Je neveux, pour preuve de ces dangers, que les détails de l'opération rapportée par notre confrère.

En outre, je ne puis pas considérer comme un résultat désirable la persistance de l'épaississement d'un ligament où l'induration d'un cul-de-sac pouvant être dans la suite le point de départ de douleurs pour l'opérée. Cet empatement de la région drainée a été noté par Tuffier et par tous les opérateurs qui ont pratiqué sur une grande échelle les colpotomies. Aussi, lors de la discussion d'un travail récent de notre collègue Van Hassel sur la coéiotomie vaginale, notre confrère Jacobs a-t-il reconnu les désavantages de cette voie quand l'intervention ne peut pas se terminer par la suture de la plaie opératoire sans drainage. Or, presque aucune opération d'hématocèle ne se termine de cette façon.

Dans tous les cas de grossesse extra-utérine rompue, le seul traitement rationnel consiste dans l'enlèvement des caillots, du placenta et de la trompe déchirée. Il nous paraît incontestable que la laparotomie est la voie la plus sûre pour mener à bien l'intervention.

Nous ne pouvons que nous rallier pleinement à l'opinion exprimée par Chaput. « Si, au cours d'une ponction ou d'une hystérectomie vaginale, je trouve une hématoçèle non diagnostiquée, je compléterai l'intervention vaginale par la laparotomie, qui me permettra d'enlever avec l'œuf le placenta et la trompe et d'oblitérer les vaisseaux béants. »

C'est exactement la conduite qu'a suivie Rochet dans un cas récent (1) où, après avoir décelé des caillots par l'ouverture du Douglas au thermo-cautère, il fit immédiatement la laparotomie et enleva une trompe rompue, siège d'une grossesse extra-utérine.

III (B). — *Hématoçèle extra-péritonéale.*

S'il existe des éléments suffisants du diagnostic d'hématôme du ligament large ou hématoçèle extra-péritonéale, je serais partisan de l'intervention vaginale. Celle-ci, même incomplète, me paraît en effet moins hasardeuse que l'attaque de la tumeur intraligamentaire par la voie abdominale. Cette éventualité est toutefois très rare, et, comme dans le cas rapporté par notre confrère Stouffs, le diagnostic posé est loin d'avoir été vérifié, je crois, en tout état de cause, que l'intervention abdominale eût été préférable à la colpotomie qu'il a pratiquée.

La suppuration de l'hématoçèle intra ou extra-péritonéale est une indication reconnue par presque tous, de l'incision vaginale. Et cependant, à la suite d'une erreur de diagnostic, j'ai opéré par la laparotomie une hématoçèle ayant subi la décomposition putride. Malgré l'inondation du péritoine par un liquide sanieux à odeur nauséabonde, la malade a parfaitement guéri, grâce au drainage abdominal. Je suis loin, toutefois, de donner ce cas comme un exemple à imiter de parti pris.

J'ai observé jusqu'à ce jour une dizaine de cas de grossesses ectopiques dûment contrôlées à l'intervention, pratiquées soit par moi, soit par mes confrères des hôpitaux auxquels ces malades durent être adressées.

Personnellement, j'ai opéré quatre cas, tous par la voie abdominale. Le diagnostic a été erroné dans un cas, tenu comme probable dans un cas et posé avec certitude dans deux.

Il s'est agi chaque fois de grossesse rompue et je n'ai retrouvé l'embryon dans aucun cas, mais bien le placenta.

(1) Rochet : *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1896, p. 245.

Toutes ces malades ont parfaitement guéri et la convalescence n'a présenté d'élévations thermiques que dans le cas d'hématocèle putride dont je parlais tout à l'heure.

Ici l'intervention dut se borner à l'ouverture de la poche et au placement d'un drainage de Mickulitz, tant je dus mettre de hâte à terminer l'opération sous peine de voir l'opérée mourir sur la table.

Les annexes étaient entreprises des deux côtés, dans tous les cas, en ce sens que le pavillon de l'autre trompe était oblitéré et l'ovaire noyé dans des adhérences plus ou moins friables. Je n'ai, cependant, cru devoir pratiquer la salpingo-oophorectomie double que dans un cas où les lésions tubaires me paraissaient trop importantes. Il est vrai que dans un autre cas je n'ai pas eu à compter avec l'autre trompe qui était absente et remplacée par un petit diverticule fermé, de 3 centimètres environ de long et de 4 à 5 millimètres de diamètre. J'ai libéré l'ovaire de ce côté de ses adhérences très lâches, et je l'ai laissé en place.

Quant aux suites éloignées (ma première intervention date de juin 1895), mes malades sont et restent guéries. C'est une intervention des plus consolantes de la chirurgie abdominale.

Enfin, j'ai observé, il y a quelques mois, un cas rare de grossesse ectopique ouverte dans le rectum. La malade, croyant avoir fait une fausse couche normale, était étonnée de perdre du sang par l'anus. Je reconnus à l'examen la nature placentaire des débris pris pour des caillots sanguins. Le toucher rectal me fit découvrir à 6, 7 centimètres du sphincter, sur le pourtour antérieur du rectum, un orifice admettant la pulpe de l'index, à travers lequel faisaient saillie des fragments identiques aux lambeaux expulsés.

Cet orifice mettait le rectum en communication avec une tumeur du volume d'un petit poing située en avant de lui. Je ne vis cette malade que deux fois; un purgatif ayant fait disparaître les symptômes de coprostase, elle se crut guérie et, en réalité, contre toute attente, elle guérit spontanément sans autre intervention, ainsi que je l'appris par la suite.

J'ai toujours considéré ce cas comme un exemple malheureux; car il pourrait coûter la vie à plus d'une malade qui s'en remettrait à pareille éventualité heureuse, mais inespérée.

En résumé :

1° Le diagnostic de grossesse extra-utérine évoluant ou rompue implique l'intervention par la laparotomie;

2° Une légère atteinte de la trompe ou de l'ovaire de l'autre

côté ne justifie pas l'enlèvement de ces organes dans la grossesse ectopique ;

3° La cœliotomie vaginale ne peut remplacer la laparotomie qu'à condition de permettre une opération complète ;

4° L'hystérectomie vaginale dans la grossesse ectopique doit être réservée aux cas de grosses lésions annexielles bi-latérales, surtout quand la blennorrhagie est en jeu ;

5° L'incision vaginale et le drainage ne sont à conseiller que dans les cas de suppuration de l'hématocèle ou du siège intra-ligamentaire de celle-ci.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

(CINQUIÈME SESSION)

Des fibromes pendant la grossesse et l'accouchement.

M. FOCHIER, de Lyon. Le diagnostic de la grossesse compliquée de fibromes dans les premiers mois n'est pas toujours chose aisée, et nombreuses sont les erreurs de diagnostic qu'ont commises les chirurgiens en enlevant des utérus fibromateux qu'ils croyaient vides et qui en réalité étaient gravides.

La grossesse, en effet, coïncide souvent avec des fibromes, et elle risque de passer inaperçue, surtout avec des gynécologues opérateurs.

Pour ma part, j'ai connaissance d'au moins 20 à 30 cas dans lesquels la grossesse a été ainsi méconnue dans des utérus atteints de fibromes.

Dans le cas suivant, j'ai commis moi-même cette erreur. Il s'agit d'une jeune fille phthisique, présentant des vomissements graves, presque incoercibles. Ces vomissements n'avaient nullement le caractère des vomissements péritonéaux. Malgré cela, comme ils existaient chez une malade tuberculeuse, et que l'attention n'était pas appelée du côté d'une grossesse possible, on les attribua à une irritation péritonéale.

Mais la malade, de plus, présentait des tumeurs abdominales dures, inégales à gauche ; à droite, il existait au contraire une tumeur fluctuante.

Il y avait de plus de la douleur, de l'ascite.

Je fis le diagnostic de sarcome de l'ovaire, avec kyste accessoire.

Les douleurs abdominales étant très vives, je me décidai à faire la laparotomie.

Le ventre étant ouvert, on trouva des tumeurs fibreuses utérines se prolongeant dans le ligament large, et je fis l'hystérectomie totale.

Or, en incisant l'utérus, je trouvai un fœtus de 4 mois.

Il faut donc se méfier quand on trouve une tumeur fluctuante, dans le premier mois de la grossesse, coïncidant avec un fibrome de l'utérus. Le fibrome de l'utérus modifie en effet complètement la consistance de la paroi utérine non occupée par le fibrome et lui donne une consistance molle telle qu'on perçoit la fluctuation au palper.

Cette fluctuation remplace la rénitence normale d'un utérus gravide non fibromateux.

Donc, quand on trouve, en même temps qu'un utérus fibromateux un peu gros, une partie de cet utérus fluctuante, il faut songer immédiatement à la coïncidence d'une grossesse avec le fibrome.

Quelles sont maintenant les interventions que nous pouvons diriger contre la grossesse compliquée de fibrome ?

Pour ma part, je suis intervenu dans 3 cas de ce genre, dès le début de la grossesse.

Dans 2 cas, il y avait incarceration manifeste. Une fois, j'ai fait l'hystérectomie totale, malgré l'existence de la grossesse, et la malade a guéri : la malade, en effet, était mourante, et l'avortement provoqué n'était pas de mise. Cet avortement provoqué, en effet, est plus grave que l'hystérectomie totale.

Dans le deuxième cas, l'incarcération coïncidait avec une rétention totale d'urine. Je proposai l'avortement provoqué et on commença cet avortement au moyen d'éponges préparées.

Mais en même temps qu'on plaçait des éponges dans le col, on pratiquait régulièrement le cathétérisme de la vessie. Or, sous l'influence de cette évacuation de la vessie surtout, et accessoirement grâce aux contractions utérines provoquées par les éponges dans le col, l'utérus remonta dans l'abdomen et la rétroversion se réduisit spontanément. Une fois l'incarcération levée, le commencement d'avortement s'arrêta et la grossesse alla jusqu'à terme. L'accouchement fut normal.

Toutes les fois donc qu'il y a incarceration de l'utérus, avec rétention d'urine, il ne faut jamais manquer de vider la vessie avec soin.

Il arrive souvent, dans le cas de fibrome de l'utérus, qu'on avait tout préparé pour faire l'opération césarienne pendant le travail. Or, à mesure que le travail avance, on peut assister à l'ascension du fibrome, et l'accouchement se fait spontanément. D'autres fois, il est possible, pendant le travail, de refouler le fibrome dans l'abdomen.

Étant donnés ces faits d'ascension des fibromes, il faut protester contre les tendances trop opératoires de quelques accoucheurs.

Cependant les fibromes de l'utérus nécessitent de temps à autre une intervention sérieuse.

Quelquefois, si on peut observer les malades depuis le début de la grossesse, on peut, en notant exactement le point d'implantation de la tumeur, prévoir si, au moment du travail, le fibrome remontera ou non. Si le point d'implantation a lieu au-dessus de l'orifice interne, le fibrome

a beaucoup de chances de remonter. Si, au contraire, le fibrome s'insère sur la lèvre postérieure du col, il restera le plus souvent enclavé dans l'excavation.

Dans les cas où l'ascension du fibrome ne se fait pas, et où l'accouchement ne peut se terminer par les voies naturelles, il faut faire la césarienne ; et pour opérer il ne faut pas trop tarder.

Quand une opération sanglante abdominale est indiquée, quelle méthode faut-il choisir, de l'opération césarienne conservatrice, ou du Porro, ou de l'hystérectomie totale ?

Le choix dépend évidemment de chaque cas particulier.

Quand la malade est épuisée, il faut choisir le minimum opératoire possible : la section césarienne simple d'abord, puis le Porro.

Le Porro est quelquefois facile, souvent difficile, car, si le fibrome descend dans le ligament large, le tube élastique n'est pas facile à poser.

Quand le Porro est impraticable, on se contentera de faire la césarienne simple, avec ablation simultanée des deux ovaires.

L'hystérectomie totale est d'une exécution difficile ; l'hémorrhagie est souvent abondante.

En somme, dans le traitement de la grossesse compliquée de fibromes, il n'y a pas de formule absolue. Suivant les cas et les facilités opératoires, on fera la section césarienne conservatrice ou le Porro ou l'hystérectomie totale.

Cette dernière peut être pratiquée d'ailleurs dans un deuxième temps, lors des suites de couches.

REVUE DE LA PRESSE

Sur le rôle de la toxine diphtérique dans la formation des fausses membranes ¹.

Par MM. ROGER et R. BAYEUX.

On admet généralement que, pour provoquer des fausses membranes diphtériques chez les animaux, il est nécessaire de répandre des cultures vivantes du bacille de Loeffler sur des muqueuses préalablement lésées. Les toxines auraient simplement pour effet de déterminer une vaso-dilatation qui permettrait la diapédèse, et les leucocytes serviraient à protéger l'organisme en exerçant leur rôle phagocytaire.

Pour vérifier cette conception, nous avons injecté de la toxine diphtérique, pure ou diluée, dans la trachée de 5 cobayes et de 11 lapins. La toxine qui nous a servi et qui nous a été obligeamment fournie par M. Martin, de l'Institut Pasteur, était extrêmement active ; pour tuer un

(1) Extrait des Comptes rendus des séances de la Société de Biologie. (Séance du 13 Mars 1897.)

cobaye de 400 grammes, il suffisait d'injecter sous la peau 0 c. c. 01 et pour un lapin de 2,000 grammes, il suffisait de 0 c. c. 03.

Les cobayes qui ont reçu dans la trachée des quantités variant de 0 c. c. 05 de toxine pure à 0,2 de toxine diluée au 1/8, ont tous succombé en moins de quarante-huit heures; à l'autopsie, on n'a trouvé aucune lésion pseudo-membraneuse dans les voies respiratoires: il s'était produit une intoxication générale, qui se traduisait par le développement de pleurésies et par les lésions habituelles des capsules surrénales.

Chez les lapins les résultats ont été bien plus variables.

Nous citerons d'abord trois animaux chez lesquels l'évolution a été la même que chez les cobayes, Ils avaient reçu respectivement 0 c. c. 3 de toxine pure, 0,5 et 0,25 de toxine diluée au 1/4: ils sont morts, le premier en 24 heures, le second en trois jours et le troisième en quatre jours. Chez tous trois, on a trouvé des lésions habituelles de l'intoxication diphtérique, notamment la stéatose du foie; il n'y avait pas de lésion locale.

Chez les huit autres lapins, nous avons obtenu des fausses membranes qui, dans quelques cas, ont déterminé des symptômes tout à fait semblables à ceux du croup.

EXP. I. — Lapin, 1,835 grammes. Le 12 février, injection intra-trachéale de 0 c. c. 1 d'une dilution de toxine au 1/5. Le 13 février, respiration bruyante; le 14, tirage intense, identique à celui qu'on observe chez les enfants atteints de croup. Mort le 15 février, à 1 h. 1/2 du matin.

Autopsie. — Membrane épaisse, élastique, consistante, longue de 2 centimètres, adhérent fortement au larynx et aux deux premiers anneaux de la trachée. Congestion de la trachée. Pas de lésions viscérales.

EXP. II. — Lapin, 1,650 grammes. Le 8 Mars, injection intra-trachéale de 0 c. c. 25 d'une dilution au 1/10; le 10 mars, deuxième injection semblable. Mort le 11 mars, après avoir eu du tirage.

Autopsie. — Fausses membranes abondantes sur le larynx. Viscères sains.

EXP. III. — Lapin, 2,820 grammes. Le 16 février, injection de 0 c. c. 1 d'une toxine diluée au 1/4; le 25 février, injection de 0,2 d'une dilution au 1/8; le 27 février, injection de 0,4 d'une dilution au 1/8.

Après la première injection, l'animal a eu un peu de tirage, qui a disparu en 12 heures, la seconde injection a produit le même effet que la première; la troisième a été suivie d'un tirage intense qui a entraîné la mort en 10 heures.

Autopsie. — Pseudo-membranes dans le pharynx et le larynx, trachée vascularisée. Pas de lésions viscérales.

EXP. IV. — Lapin, 1,620 grammes. Le 19 février, injection de 0 c. c. 02 d'une dilution au 1/4. Le 20, gêne respiratoire, tirage très net; les accidents vont en diminuant les jours suivants. L'animal est sacrifié le 22 février.

Autopsie. — Plaques membraneuses sur le larynx; congestion de la trachée. Pas de lésions viscérales.

EXP. V. — Lapin, 1,735 grammes. Le 5 mars, injection de 0 c. c. 1 d'une dilution au 1/5. Mort le 7 mars, après de violents accès de suffocation.

Autopsie. — Trois petites plaques pseudo-membraneuses sous-glottiques. Congestion laryngo-trachéale intense. Emphysème pulmonaire très marqué.

Chez deux autres animaux, les fausses membranes s'étant développées hors de la région glottique, n'ont pas déterminé de réaction spasmodique aussi intense que chez les précédents ; la tolérance relative s'expliquait par la localisation. Ainsi un lapin de 1,620 grammes reçut 4 gouttes de toxine pure dans la trachée ; il fut sacrifié 14 jours plus tard, ayant seulement présenté pendant tout ce temps une respiration un peu gênée et bruyante ; l'autopsie montra cependant des fausses membranes assez abondantes, mais celles-ci n'occupaient que le vestibule du larynx.

Le deuxième lapin avait reçu 2 gouttes de toxine pure et, à partir de ce moment, il présenta quelques accès de suffocation, surtout quand on l'excitait ; on le sacrifia au bout de 6 jours et on trouva une énorme membrane recouvrant le tiers supérieur de la trachée. Le larynx, au contraire, était indemne, ce qui explique le peu d'intensité des troubles respiratoires d'ordre mécanique observés pendant la vie.

Enfin, chez un dernier lapin pesant 1,940 grammes, on avait injecté, le 22 février, 0 c. c. 4 de toxine diluée au 1/8. L'animal succomba le 24 février, après avoir eu une dyspnée progressive, avec tirage et ralentissement de la respiration. A l'autopsie, on trouva quelques plaques fort petites, disséminées sur le larynx et la trachée ; mais le processus avait atteint les bronches ; sur les coupes des poumons, on pouvait faire sortir une série de membranes tubulées, remplissant les conduits aériens. Nous reviendrons, plus tard, sur ce cas qui nous a permis d'étudier les lésions histologiques des bronchites pseudo-membraneuses.

Si nous envisageons l'ensemble des faits que nous venons d'exposer, nous voyons que la toxine diphtérique introduite dans la trachée, peut être absorbée au niveau des voies respiratoires et provoquer une intoxication générale : c'est ce qui a lieu chez les animaux très sensibles à ce poison, comme les cobayes. Chez les lapins, qui sont plus résistants, il se produit souvent une réaction locale, aboutissant à la formation d'une fausse membrane ; il semble, dans ce cas, que le poison épuise son action en effets locaux. Car, si on sacrifie l'animal, on ne trouve que des lésions mécaniques ; comme l'emphysème pulmonaire, les lésions viscérales, qui traduisent l'intoxication générale, font défaut. On peut donc étendre aux toxines ce qui est démontré pour les microbes vivants : la lésion locale est l'indice d'un poison atténué ; elle ne se produit, en tout cas, que chez les animaux doués d'un certain degré de résistance.

Les résultats que nous venons de rapporter soulèvent un certain nombre de questions nouvelles ; il nous faudra rechercher notamment si les toxines n'ont pas des effets variables suivant leur origine ; si, par

exemple, tel microbe ne produit pas plutôt des substances suscitant la réaction locale, tel autre des poisons ayant plus de tendance à envahir l'économie entière ; il faudra déterminer ensuite qu'elle est la dilution qui provoque le plus facilement la production des fausses membranes et quelle est la quantité qu'il en faut introduire. Cette dernière question est assez difficile à résoudre, car le poison étant injecté dans un conduit ouvert, une partie peut être rejetée dans les voies digestives ; c'est une des raisons qui expliquent la variabilité des résultats. Mais il nous suffit, pour le moment, d'avoir démontré qu'on peut produire des fausses membranes au moyen de toxines diphtériques, sans léser au préalable les muqueuses. Nous pouvons ainsi rapprocher la formation des fausses membranes de la formation du pus : dans les deux cas, il s'agit d'un *processus toxinique*.

NOUVELLES

NÉCROLOGIE. — Le corps médical a été cruellement éprouvé dans la catastrophe du Bazar de la Charité : les D^{rs} Feulard et Rochet ; M^{me} et M^{lle} Nitot, épouse et fille de notre confrère ; les sœurs des D^{rs} Picqué et Lesourd ; la mère du D^r Vimont ; M^{lle} Simon, fille du D^r Léon Simon, y ont trouvé la mort.

Nous adressons à ces familles en deuil l'expression de nos sincères condoléances.

Concours d'internat à l'hôpital Saint-Joseph. — Lundi 28 juin, aura lieu à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre Larousse, n° 5, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements, s'adresser à M. le D^r Tison ou aux autres chefs de service.

CONCOURS POUR UNE PLACE D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Les candidats du concours qui s'est ouvert le 10 mai pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices de Paris sont : MM. Basset, Baudron, Bernheim, Bouffe de Saint-Blaise, Chavane, Demelin, Dubrisay, Schwab, Wallich.

Le jury est provisoirement composé de MM. Maygrier, Lucas-Championnière, Bar, Auvard, Marchand, Ricard, Hérard.

UNE NÈGRESSE DOCTEUR EN MÉDECINE. — La Commission Médicale de la Louisiane a délivré un diplôme, l'autorisant à exercer la médecine, à M^{lle} Emma Wakefield, de race noire. C'est, dit-on, la première femme

de sa race qui ait reçu cette distinction dans les Etats du Sud et, sans doute, dans toute l'Union. Elle est la fille de l'ex-sénateur Wakefield, et a pris ses degrés à la section médicale de la New-Orléans Colored University.

INCENDIE DU COLLÈGE MÉDICAL DES FEMMES A NEW-YORK. — Les bâtiments affectés à ce Collège, à l'infirmerie de New-York, pour femmes et enfants, ont été la proie des flammes, le 22 avril dernier. Ce Collège Médical des étudiantes, aujourd'hui détruit, était la seule Ecole de Médecine pour femmes reconnue et contenait plus de 100 étudiantes. Cette infirmerie fut fondée en 1854 par les doctresses Elisabeth et Emily Blackwell. Les bâtiments détruits, élevés au moyen de dons privés, avaient coûtés 625.000 francs.

HOPITAUX DE PARIS. — Par arrêté ministériel en date du 28 avril 1897: M. le D^r Auvaré est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital Saint-Louis;

M. le D^r Bonnaire est nommé médecin-accoucheur à l'hôpital Tenon.

Le CONCOURS pour quatre places de médecins des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. Gaston, Lion, Lenoir et Mosny.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholériforme, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy.*

Véritable **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes.

Par M. le Docteur FRAISSE.

(suite)

Abordant la technique même de l'opération, nous supposerons d'abord qu'il s'agit d'un utérus de grandeur moyenne et suffisamment mobile. Voici rapidement, dans ce cas, le plan opératoire.

Le col est solidement mordu par trois pinces à griffes, deux sur les côtés de la lèvre inférieure, près des commissures, la troisième sur le milieu de la lèvre supérieure (voir fig. 1). Cette saisie du col n'est point indifférente, car elle permet de bien mettre en évidence successivement les deux parois de l'utérus et de tendre au maximum leurs surfaces.



Fig. 1
(demi-schématique)
Saisie du col utérin
avec 3 pinces à griffes,
qui restent en place jusqu'à la fin.

Les 3 pinces à griffes resteront en place jusqu'à la fin de l'opération et fourniront à chaque instant un repaire précieux. Grâce à leur traction, le col est constamment attiré en avant et ne va pas souiller l'intérieur de la cavité pelvienne; il reste constamment ainsi à portée de l'œil du chirurgien, avec ses pédicules latéraux, qui ne sont autres que les bases des ligaments larges.

Le col étant fortement relevé sous la symphyse, on désinsère au moyen de *ciseaux mousses* (détail important) sa face postérieure d'avec le vagin et on pénètre dans le Douglas.

Aussitôt l'index droit, introduit dans la brèche vagino-péritonéale, suit la face postérieure de l'utérus le plus loin possible,

jusques et y compris le fond de l'organe; la pulpe du doigt est, bien entendu, appliquée contre la paroi utérine et ne la quitte pas.

Dans cette manœuvre, qui est capitale, on peut s'aider de la main gauche, qui comprime l'abdomen, de sorte qu'il s'agit d'une exploration bimanuelle combinée, encore plus précise que celle qui sert de base à l'examen gynécologique courant.

Eventuellement, le doigt ainsi introduit et maintenu sur la ligne médiane peut avoir à détacher des adhérences au ras de l'utérus; il peut avoir à séparer celui-ci, soit de masses annexielles accolées à sa face postérieure, soit d'abcès pelviens encapsulés; d'autres fois, il effondre des poches purulentes ou des hématoécèles rétro-utérines, etc. En un mot, il remplit toutes les indications pour lesquelles on emploie couramment aujourd'hui la cœliotomie vaginale postérieure.

Il va sans dire que, grâce à la pression exercée par la main extérieure sur l'abdomen, cette exploration digitale peut aller très loin; sur les côtés l'index pénètre dans les fosses iliaques; en avant, il contourne l'utérus et même pénètre dans l'excavation vésico-utérine (1).

Le doigt visite ensuite les Annexes, qu'il suit en partant des

(1) Cette excavation forme une cavité profonde, mais virtuelle, dont les faces opposées, péritonéales, glissent au contact l'une de l'autre. On lui a donné le nom de « Douglas antérieur », appellation très heureuse, en ce sens qu'elle indique la possibilité de pénétrer dans le ventre par la face antérieure de l'utérus, ce qui constitue proprement la *Cœliotomie vaginale antérieure*.

FEUILLETON

De la cause de l'attitude prise par la femme dans l'accouchement (suite).

Mais si actuellement on accouche dans un lit, il n'en était pas de même au début de l'histoire, et la connaissance de la position prise pour accoucher dans l'antiquité apporte bien la preuve de la concordance entre l'attitude du repos et celle pour accoucher.

En Egypte l'attitude favorite surtout des hommes était une jambe accroupie, l'autre agenouillée, c'est

ainsi qu'ils se reposaient, et l'expression de repos dans les hiéroglyphes est donnée par cette attitude. Mais la femme prenait souvent l'attitude complètement agenouillée. Or les peintures de l'époque nous montrent précisément que la femme s'agenouillait pour accoucher.

Dans la Grèce ancienne, au temps d'Homère, les sièges devaient être bien peu usités. Schliemann, aux fouilles des tombes de Mycènes, trouva des guerriers enterrés accroupis. Il croit même voir en ces guerriers les anciens rois de l'Iliade, notamment Agamemnon. Bien que Corneille et les lettrés du XVII^e siècle ne nous les aient pas représentés

cornes utérines. Si les annexes sont mobiles et libres d'adhérences, on peut, dans certains cas, les faire passer par la fente vaginale et les examiner *de visu*; il se peut même que leur conservation soit décidée à la suite de cet examen direct, ce qui n'est point un des moindres avantages de la méthode. Toutefois, l'incision vaginale postérieure n'est pas en général le vrai chemin pour amener les Annexes au dehors, cela en raison même de la position normale de l'utérus; l'incision jusqu'au Douglas antérieur fournit une voie bien plus favorable, puisque, consécutivement à la bascule en avant de l'utérus, les Annexes sont extériorisées dans toute leur étendue.

Quand les Annexes sont fixées, il ne faut pas trop s'attarder à leur libération avec un ou deux doigts introduits grâce à une colpotomie postérieure. La main se trouve en effet dans une position fâcheuse (en supination) pour ces sortes de manœuvres; le doigt attaquant par en bas la masse adhérente trouve rarement un bon plan de clivage; pour peu qu'on insiste, on risque de déchirer l'intestin ou le ligament infundibulo-pelvien avec les vaisseaux qu'il renferme. Il est donc plus prudent de remettre ces tentatives de décortication à un autre moment. Plus tard, lorsque l'utérus aura été luxé en avant de la vulve, on introduira les doigts sous la symphyse, la main étant tenue en pronation, comme on ferait par l'ouverture d'une laparotomie ordinaire. C'est alors que s'exécutera le temps, souvent si délicat, de la libération des Annexes.

Quoi qu'il en soit, cette exploration est féconde; d'abord parce

sous cette attitude, elle n'en est pas moins bien probable. Or vers cette époque les femmes accouchaient à genoux, comme nous l'apprend un hymne à Apollon Délien.

Plus tard l'emploi des chaises se répandit et l'attitude agenouillée ne fut conservée en Grèce que par les femmes obèses. Les autres accouchèrent au lit ou sur des chaises obstétricales.

Un des faits les plus suggestifs est celui de l'accouchement chez les Romains. Il se pratiquait sur ces lits si usités à cette époque et sur lesquels les Romains mangeaient. Ce n'était pas l'attitude absolument horizontale,

la partie supérieure du corps étant à demi-inclinée (1).

Si nous passons en Asie, nous voyons en Turquie les femmes accoucher à demi-couchées ou assises dans un fauteuil. L'attitude jambes croisées qu'elles prennent habituellement n'eût pas été pratique pour l'accouchement. En quelques parties, à Mossoul notamment, l'attitude accroupie se serait conservée.

Mais la position de repos des Tartares et des Perses hommes comme femmes est celle agenouillée. Or c'est également l'attitude de l'accouchement. Les femmes Perses

(1) Morgoulieff, *Accouchements dans l'art antique*. Thèse Paris, 1894.

qu'elle donne des renseignements précieux sur le contenu de la cavité pelvienne, surtout parce qu'elle peut permettre de borner là l'acte opératoire, si la nature et le peu d'importance des lésions en fournissent l'indication suffisante.

Supposons que l'intervention continue. Tout d'abord, pour peu que saigne la tranche vagino-péritonéale (et souvent elle saigne malgré qu'on ait pratiqué l'hémostase des vaisseaux utérins), rien n'est simple comme d'appliquer quelques points de sutures transversaux, ce qui simplifie le restant de l'opération.

Le col est maintenant tiré vers la fourchette; on achève, toujours au moyen de ciseaux mousses, sa désinsertion sur la face supérieure et sur les côtés.

C'est surtout vers les côtés que la libération doit être largement faite, pour permettre aux uretères de suivre la vessie, quand cette dernière sera reclinée vers le haut. A chaque coup de ciseaux (dont la pointe ne doit jamais quitter le parenchyme cervical), on suit de l'œil la rétraction des ligaments larges, tandis que le col semble s'allonger d'autant; nous ne croyons pas toutefois qu'il faille recourir à des incisions spéciales pour bien dégager la base des ligaments larges et, avec celle-ci, l'uretère qui chemine dans son épaisseur.

Le col étant largement dégagé, surtout dans ses parties latérales, on dénude la face antérieure de l'utérus, le long de son adhérence vésicale. C'est ici que la pince à griffes fixée sur la lèvre antérieure du col rend des services en tendant la paroi correspondante de l'organe.

accoucheraient, selon le docteur Polak, agenouillées à demi sur deux piles de briques. Mais, si l'accouchement était laborieux, elles prendraient l'attitude de la défécation.

Chez les races jaunes l'attitude du repos est variable. Dans le peuple et les pays les moins civilisés la position accroupie est fréquente, les femmes sont fréquemment agenouillées. Les gens distingués préfèrent l'attitude en tailleur ou mieux une jambe accroupie l'autre en tailleur ou encore assis et une jambe reposant à plat sur le siège, l'autre pendant à l'ordinaire.

Quoi qu'il en soit, l'attitude age-

nouillée serait fréquente dans l'accouchement au Japon et en Chine (Hureau de Villeneuve). Mais cette attitude n'est pas la seule adoptée. Ploss nous apprend que les Chinoises accoucheraient assises; mais ne s'agit-il pas des Chinoises des villes où bourgeoises?

Aux Indes le siège est usité, mais l'attitude accroupie est fréquente dans les basses castes, celle en tailleur moins vulgaire est aussi usitée.

Or la position de la parturiente varie selon Ploss: assise, demi couchée, debout ou accroupie. Mais il ne nous renseigne pas sur l'attitude favorite.

En Océanie les Australiens et les

Le détachement de la vessie se fait le mieux avec des ciseaux mousses, légèrement courbés sur le plat et dont la pointe suit exactement le tissu utérin. En un mot, on sépare la vessie comme si l'on voulait décoller intégralement une lame de périoste de l'os qui le porte.

A mesure que la vessie se détache, on la charge sur l'écarteur contrecoudé (1), de manière à voir le plus possible le fond de la plaie. Si la décortication est bien faite, on doit tomber juste au niveau du repli vésico-utérin, où le péritoine s'aperçoit par transparence. Celui-ci est effondré et sa brèche élargie au moyen des doigts. A partir de là, on est sur la surface péritonéale de l'utérus.

La séparation de la vessie avec l'utérus doit être aussi poursuivie assez loin sur les côtés, jusqu'à la rencontre des ligaments larges ; cette précaution est importante, surtout dans la région qui avoisine l'orifice interne, — toujours à cause des urètres, qui demandent à être soigneusement dégagés.

A partir de ce moment, la vessie reste chargée sur l'écarteur et refoulée derrière la symphyse. Elle entraîne avec elle la portion inférieure des urètres, tandis que les artères utérines gardent leur position à la base des ligaments larges.

Assez souvent, l'adhérence utéro-vésicale ne dépasse pas 3 à 4 centimètres de hauteur ; elle peut être plus étendue et même rendue plus résistante par des processus antérieurs de péricystite ou de

(1) Cet écarteur doit être manié avec douceur et précaution, de peur de lacérer la paroi vésicale mise à nu. Le mieux est de le confier à un aide expérimenté.

Papous s'accroupissent. Néanmoins, pour Ploss l'accouchement se pratiquerait en Australie dans la position allongée demi-couchée ou assise. En Micronésie, l'attitude accroupie est usitée pour le repos et l'accouchement.

Les Polynésiens ne s'accroupissent pas, hommes et femmes préfèrent la position en tailleur. Aussi à Hawaï les femmes parturientes se coucheraient, à Taïti elles s'assiéraient.

Avouons néanmoins qu'ici nous manquons de renseignements en bien des cas. Ploss nous apprend que les parturientes s'accroupissent dans quelques îles de la Polynésie et qu'elles

s'agenouillent en Nouvelle Zélande.

Les Malais comme les Chinois se reposent en différentes positions, assises jambes croisées, ou accroupies, cette dernière position étant surtout usitée chez les travailleurs. Selon Ploss les attitudes accroupies, assises, couchées sont usitées.

Le parallélisme fréquent des attitudes du repos et dans l'accouchement justifie donc notre conclusion. Dans les peuples primitifs où les femmes s'agenouillent et parfois s'accroupissent à l'exemple de l'homme, il n'est pas étonnant qu'elles prennent d'instinct, à l'occasion de l'accouche-

paramétrite ; de sorte qu'on désespère d'arriver au péritoine de l'excavation vésico-utérine.

C'est une raison de plus pour bien se tenir sur la ligne médiane et raser exactement le tissu utérin. Parfois, l'extrémité de l'index gauche introduit par le Douglas et contournant le Fond de la matrice, fournit un indice précieux et indique qu'on est arrivé sur la surface sérieuse de l'organe.

A ce moment, on a largement pénétré dans l'abdomen par les deux Douglas, le postérieur et l'antérieur. Il s'agit de provoquer la bascule qui doit faire saillir au dehors l'utérus, bien que celui-ci soit encore retenu par tous ses ligaments. Nous avons vu que cette luxation hâtive, précoce de l'organe, est le propre de la méthode.

Pour cela, des pinces à griffes sont implantées ascensionnellement sur la face antérieure de l'utérus ; chacune d'elles fournit un point d'application supérieure, jusqu'à ce qu'on arrive au voisinage du Fond.

En tirant sur les pinces, on produit une antéflexion forcée du corps de l'organe, et bientôt le Fond apparaît sous la symphyse, dans la brèche vaginale, tandis que la vessie reste protégée par la gouttière de l'écarteur. Encore une traction, et la matrice est luxée ; elle naît au devant de la vulve. Masquant celle-ci dans presque toute son étendue, elle est adossée contre l'arcade pubienne et retenue des deux côtés en arrière par les ligaments larges, comme par des lames verticales, rigides et fortement tendues. (Voir fig. 2. ci-contre, page 166).

ment, la position qui leur est habituelle.

Les femmes civilisées qui ne prennent plus qu'exceptionnellement cette attitude, n'auront pas l'idée de l'adopter pour accoucher. On ne s'étonnera donc pas avec Witkowski de ce que les parturientes blanches abandonnées à elles-mêmes, après être restées debout un certain temps, se couchent. Car en effet, elles ont l'habitude de se reposer ainsi. Et on n'en conclura pas avec cet auteur que « la position à genoux ou accroupie n'est pas la position normale de l'accouchement,

bien que les peuples primitifs la préfèrent. » Il n'y a pas en effet une position normale pour accoucher chez l'homme, pas plus qu'il n'existe une seule position pour le repos. Les attitudes varient suivant le mode de vie, le degré de civilisation, le milieu, en un mot, conditions qui influent non seulement sur les actes physiologiques de l'homme, mais très probablement sur sa structure anatomique.

Docteur Félix REGNAULT.



Fig. 2.

Parfois, pour aider l'action des pincés, on se trouvera bien de la pression d'un doigt introduit par le Douglas et refoulant le fonds de l'utérus en avant.

Le moment est venu d'énucléer les Annexes.

Il ne faut point se dissimuler que c'est souvent le temps le plus difficile, le plus délicat de l'opération; il peut être fort long et exiger toute la patience, toute l'ingéniosité du chirurgien. Aussi, quand on vous parlera des matrices extirpées avec leurs Annexes en quelques minutes, soyez persuadés qu'il s'est agi de cas faciles, dans lesquels les organes n'étaient retenues par aucun processus morbide et se présentaient

d'eux-mêmes à toutes les manipulations : tel le davier, appliqué sur une dent saine et non adhérente, l'extrait sans peine, — comme aussi sans utilité et sans gloire.

C'est donc le contraire des états inflammatoires ; et, dans ces cas, on peut se demander s'il était bien indiqué de recourir à un traumatisme si grave, si profondément irrémédiable.... Là est

Mais revenons à notre sujet. L'utérus est complètement développé au dehors. En arrière de lui, on peut apercevoir les Annexes par leurs faces postérieures.

Quelquefois, il suffit de tirer sur les pincés à griffes implantées au corps de l'utérus, de fléchir un peu plus celui-ci, pour voir

sortir trompes et ovaires, qui tombent de chaque côté, le long de l'organe, comme l'indique la figure 3

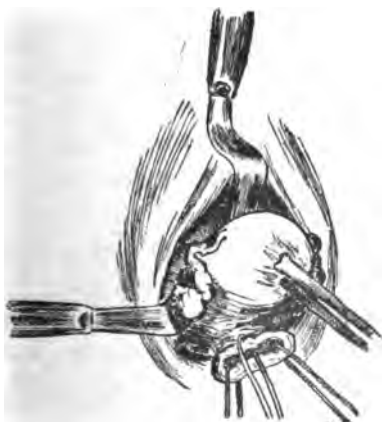


Fig. 3.

Sinon, on va avec un ou deux doigts à leur recherche. L'index introduit le long de l'isthme de la trompe, pénètre jusqu'au ligament infundibulo-pelvien; l'ovaire et la trompe sont de la sorte délogés et luxés en avant. Souvent on aide cette manœuvre des doigts avec un instrument préhenseur qu'on applique sur les Annexes mêmes; telle l'ancienne pince à anneaux dont on

se servait pour la langue pendant l'anesthésie et qui convient très bien pour ce nouvel usage.

Si les Annexes sont retenues par des tractus d'adhérences ou par des exsudats périmétriques en forme de coques, les doigts suffisent en général pour opérer les manœuvres de détachement et de décortication nécessaires. A mesure qu'une partie des organes est libérée, elle est prise avec la pince, amenée au dehors et sert à tirer sur le restant. On doit redoubler de précautions quand les doigts sont arrivés au niveau du ligament infundibulo-pelvien, sous lequel rampent les vaisseaux nourriciers.

Si les Annexes sont le siège de productions kystiques, de nature inflammatoire ou autre (sacs tubaires, petits kystes ovariens...), on doit tout de même les faire passer par la brèche vaginale. Ici, la convexité des parties à extraire s'accommode mal de la pince à anneaux ; il vaut mieux introduire un ou deux doigts de chaque main dans la cavité pelvienne et saisir la tumeur à la manière des cuillers du forceps. D'autres fois, on se trouvera bien de refouler les masses kystiques en avant au moyen d'un index introduit par le Douglas postérieur, ou encore de recourir à une sorte de palpation bimanuelle, avec une main déprimant fortement la paroi abdominale. C'est à chacun, suivant son ingéniosité naturelle, de varier ou de combiner ces divers artifices.

Quand la tumeur est trop grosse pour passer sous la symphise, on la ponctionne. Le liquide, en général, s'écoule en avant ; s'il en tombe en arrière, son écoulement est assuré par l'ouverture du Douglas postérieur. Au surplus, s'il s'agit de pus, on a de nombreuses chances pour qu'il soit devenu stérile, en raison de l'ancienneté de la collection.

Il peut arriver que, malgré les ponctions, les tumeurs ne s'affaissent pas ; c'est le fait, par exemple, des pachypyosalpingites à grosses parois, des vieux hématosalpinx à contenu presque solidifié, etc..... On attaque alors la surface qui se présente par des sections en forme de V, suivies de résections successives, de manière à obtenir l'amoindrissement désiré.

Les adhérences avec l'intestin ne sont pas rares et méritent qu'on s'y arrête.

Celles avec le rectum exigent des manœuvres de décollement d'autant plus délicates qu'elles se passent au fond de la cavité pelvienne, hors du contrôle de l'œil ; aussi existe-t-il des exemples de déchirures à ce niveau.

De plus, il peut se former sur le trajet du rectum, et même de la partie inférieure de l'S iliaque, de véritables diverticules de la cavité intestinale, comparables aux poches que présente parfois

l'œsophage ; ils résultent ici de l'inflammation chronique du tissu cellulaire qui avoisine cette portion du gros intestin. On comprend, en effet, que l'évolution inflammatoire conjonctive puisse aboutir à des processus de rétraction cicatricielle (périproctite rétractile), qui tirent sur la paroi du viscère et déforment notablement son calibre. Il va sans dire qu'en pareil cas les fusions du rectum avec les organes voisins sont particulièrement délicates à détruire et réclament toute l'attention du chirurgien.

Non moins importantes sont les soudures éventuelles des Annexes avec l'S iliaque (1). Parfois il est possible, en tirant sur les Annexes adhérentes, d'amener cette portion d'intestin jusqu'à portée de la vue. Ici, la décortication peut offrir de grandes difficultés, à cause de la fusion intime des organes, et cela en vertu d'un fait anatomique sur lequel il convient d'insister ; — d'autant plus que pareille disposition ne se retrouve pas de l'autre côté, au niveau du cœcum. Remarquons, en effet, que les méso de la trompe, celui de l'ovaire et de l'S iliaque sont tout à fait voisins, de sorte que le tissu cellulaire qui les double se continue directement de l'un à l'autre. Surviennent des processus inflammatoires chroniques aboutissant à la rétraction, phénomène si fréquent dans le système conjonctif du bassin ; le ratatinement simultané des méso aura pour effet de rapprocher les organes correspondants, de les réunir en une masse unique et, finalement, d'enchâsser, pour ainsi dire, les Annexes gauches dans la courbure de l'S iliaque. Quant aux surfaces extérieures des organes, leurs adhérences réciproques sont d'autant facilitées par ce rapprochement intime, de sorte qu'on se trouve en présence de la forme la plus caractérisée, la plus résistante de la pachypelvipéritonite adhésive.

Ce phénomène morbide a été maintes fois constaté dans le cours des laparotomies entreprises pour suppurations des Annexes. On trouve à gauche une grosse boule assez facile à détacher ; on la sort et on lui reconnaît tout d'abord l'aspect d'un volumineux sacosalpinx ; il ne manque plus qu'à appliquer la ligature. Mais, en y regardant de près, la masse n'est pas homogène ; elle présente comme un ruban aplati qui coiffe le reste et qui se laisse séparer par un travail de décortication digitale. C'est l'S iliaque,

(1) Depuis que Trèves a remarqué que la prétendue S iliaque ressemblait à un oméga, il est de mode de ne plus s'en tenir à l'ancienne appellation anatomique. A vrai dire, toutes ces comparaisons sont plutôt fantaisistes ; il serait plus simple de donner à cette portion d'intestin un nom qui ne préjuge rien ; tel celui de *courbure romaine* (*flexura romana*), employé à l'étranger....

dont les caractères extérieurs sont fortement modifiés et qu'il s'agit d'isoler de la masse à extraire. Ici, grâce à l'incision hypogastrique, l'opération est en général aisée, tout en passant au dehors, et ne demande que du doigté et de la patience. Par la voie vaginale, au contraire, elle se pratique assurément moins à découvert, et il peut être plus malaisé, pour l'opérateur, de ne pas empiéter sur la paroi intestinale. C'est pourquoi il est bon d'être averti et surtout de ne tirer, en pareil cas, sur les Annexes adhérentes qu'avec une extrême douceur.

D'autres fois, c'est le cœcum qu'on amène à la vulve en même temps que les Annexes droites. Il est fréquent alors que l'appendice soit sondé à l'ovaire et même communique avec un abcès tubo-ovarien ; c'est une occasion précieuse de réséquer l'appendice à sa racine et de prévenir tous les troubles éventuels qui peuvent survenir de ce côté.

(à suivre)

TRAITEMENT MÉDICAL DES MÉTRITES ⁽¹⁾

Dans cet article, nous n'aurons à nous occuper que du traitement médical des métrites, de celui que le praticien doit journellement appliquer, avant de solliciter le concours du chirurgien.

Les moyens conseillés par les différents auteurs pour combattre les inflammations de la muqueuse utérine sont bien connus, et la liste en est longue ; nous allons nous borner à indiquer quelques-uns des plus efficaces, en insistant sur ceux qui ont été le plus récemment préconisés.

MÉTRITE AIGÜE. — Dans les formes aiguës des métrites, la première indication à remplir consiste à recommander aux malades le repos absolu au lit. Contre la douleur, on agira efficacement, en prescrivant des bains de siège, des laxatifs et des lavements laudanisés avec X à XXX gouttes de laudanum ; les suppositoires opiacés, renfermant : beurre de cacao, 5 grammes, et extrait d'opium, 0,02 centigrammes, rendent aussi des services dans nombre de cas.

En même temps, on s'efforcera d'arrêter la marche du processus inflammatoire, en instituant une médication locale appropriée. Ainsi, dans les cas légers, il suffira de faire prendre, deux fois par jour, le matin et le soir, de grandes injections vaginales très chaudes (de 40 à 50 degrés), faites simplement avec de l'eau, stérilisée par l'ébullition prolongée ; dans l'intervalle de ces injections, on pourra appliquer dans le vagin, au contact du col, des tampons de ouate hydrophile bien aseptique et imbibée de glycérine neutre pure.

(1) *Presse Médicale.*

Dans les cas tout à fait aigus, surtout chez les femmes atteintes de métrites blennorrhagiques, les moyens précédemment indiqués ne seront pas toujours suffisants. Il faudra alors avoir recours aux injections *intra-utérines antiseptiques*, pratiquées avec la sonde à double courant. Les solutions les plus recommandables, dans les cas de ce genre, sont la solution de sublimé à 1 pour 2000 et celle de permanganate de potasse à 1 pour 1000.

MÉTRITE SUBAIGÜE. — Lorsque l'affection menace de trainer en longueur, le traitement dont nous venons de parler reste souvent impuissant ; il devient alors urgent d'agir avec plus de vigueur. Il va sans dire que les injections vaginales chaudes, faites matin et soir, la malade étant couchée, les lavages intra-utérins avec la sonde à double courant sont toujours indiqués, mais il sera utile, en outre, d'associer à cette médication des topiques permanents, tels que les *crayons iodoformés* ou au *permanganate de potasse*, que l'on introduit avec précaution dans la cavité utérine après chaque injection.

MÉTRITE CHRONIQUE. — En présence d'une endo-métrite passée à l'état chronique, on aurait tort de supposer que le salut réside désormais dans le seul curetage, et que le traitement dit médical a perdu tous ses droits. Très nombreux sont les cas de guérison durable et définitive, obtenue au moyen de simples pansements méthodiquement appliqués.

Mais ici, la première manœuvre à exécuter consistera dans la dilatation de la cavité utérine, afin de pouvoir agir efficacement sur toute la surface de la muqueuse malade. Cette dilatation peut être obtenue au moyen des bougies d'Hégar, ou des éponges préparées ; mais rien ne vaut, à ce point de vue, les tiges de laminaire.

Dans ce but, après avoir soigneusement lavé le vagin avec de l'eau chaude et du savon, et l'avoir désinfecté au moyen d'une ou plusieurs injections au sublimé à 1 pour 2000, on aura soin d'introduire dans la cavité de la matrice (dont le col sera solidement maintenu à l'aide d'une pince de Museux), une tige de laminaire de faible calibre et bien aseptique ; on terminera cette petite opération en bourrant le vagin avec de la ouate stérilisée. Le lendemain et le surlendemain, on augmentera la dilatation, en employant des tiges d'un calibre progressivement supérieur. Lorsque cette dilatation sera jugée suffisante, on procédera au pansement définitif et curatif. Alors, après avoir administré une injection intra-utérine avec de l'eau stérilisée tiède, puis une injection vaginale avec une solution de sublimé chaude, il ne restera plus qu'à appliquer un topique capable de modifier la muqueuse. Mais ici, l'embarras du choix est grand. Très souvent, il suffira de faire des attouchements sur la muqueuse avec la teinture d'iode. Quelques gynécologues font grand cas du chlorure de zinc, à 1 pour 10 ; d'autres préfèrent l'acide nitrique étendu ou l'acide phénique concentré ; mais ces trois préparations ne sont pas toujours recommandables, à cause

des rétrécissements qu'elles peuvent occasionner. Il est plus prudent de s'en tenir à la teinture d'iode, à la glycérine créosotée au dixième ou à la solution officinale de perchlorure de fer. Qu'elle qu'ait été la substance employée, après cautérisation, on bourre la cavité utérine avec une mèche de gaz iodoformée ou salolée.

Un autre topique, d'une efficacité vraiment remarquable et d'une innocuité absolue, est le naphthol camphré; pour l'appliquer, on en imbibé une mèche de gaze aseptique qui est ensuite tassée dans la cavité de l'utérus.

Enfin, d'après M. Paul Delbet, l'émulsion d'airol serait appelée à rendre de grands services dans la thérapeutique des inflammations de la muqueuse utérine.

Cette émulsion peut être formulée de deux manières différentes. M. Legueu recommande le mélange suivant :

Airol	2 grammes.
Glycérine	15 —
Eau	5 —

Mais M. Cassan, dans sa thèse faite sous l'inspiration de M. Paul Delbet, conseille d'avoir recours à un autre procédé : « on verse, dans un verre stérilisé, 4 grammes de glycérine pure, à laquelle on ajoute 1 gramme d'airol, en ayant soin de bien agiter le mélange avec une spatule. Cette première émulsion, qui a la teinte grise de l'airol, est destinée à imbiber les tampons intra-utérins ; une seconde émulsion, beaucoup plus diluée (à 1/20), sert à imbiber les tampons vaginaux.

Pour le traitement de la métrite, on introduira dans la cavité de l'utérus une mèche de gaze aseptique bien imbibée de cette émulsion d'airol : cette mèche sera poussée et, en quelque sorte, tassée dans la cavité au moyen de l'hystéromètre ou d'une sonde cannelée ; après quoi, on terminera le pansement, en remplissant le vagin avec deux ou trois tampons de coton hydrophyle imbibé avec l'émulsion étendue de moitié son volume de glycérine pure. On laissera ce pansement en place pendant deux jours. « Lorsqu'on le retire, au bout de ce laps de temps, on constate que la mèche a changé sa couleur grise en une teinte rouge orangée caractéristique de l'hydratation de l'airol. » Ce mode de traitement est fort simple ; il serait, en outre, d'une innocuité absolue.

Pour se mettre à l'abri de tout accident, il est indispensable d'employer des instruments et des pièces de pansement parfaitement aseptisés.

A chaque renouvellement du pansement, quel qu'il soit, on fera bien d'administrer une grande injection vaginale chaude et antiseptique, et de nettoyer la cavité utérine au moyen d'une boulette de coton aseptique, saisi entre les mors d'une pince de Lister à longues branches.

La durée du traitement sera nécessairement plus ou moins longue suivant les cas ; elle variera avec l'âge de la malade, la virulence des

micro-organismes et la résistance du terrain. Dans les cas tout à fait rebelles, et lorsque toutes les tentatives de thérapeutique médicale auront échoué, il sera sage de ne pas insister outre mesure, et de recourir sans plus tarder à l'intervention chirurgicale. Il n'en reste pas moins démontré aujourd'hui que beaucoup de métrites, lorsqu'elles sont prises à temps et traitées par des praticiens qui ne songent à ménager ni leurs soins ni leur patience, finissent par guérir très complètement, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir la curette.

Quel que soit le traitement local choisi, il ne faut pas négliger le *traitement général*. Beaucoup de femmes atteintes de métrite sont des anémiques, des névropathes ou des arthritiques. Aux premières, on prescrira des toniques : fer, huile de foie de morue, phosphate de chaux; aux secondes, l'hydrothérapie, le bromure, les glycéro-phosphates; aux dernières, les préparations arsenicales et l'iodure de potassium. Les eaux thermales peuvent rendre aussi les plus grands services, aussi bien au point de vue de l'état général que de l'état local, lorsque la guérison tarde à se produire.

Enfin, on ne saurait trop insister sur l'importance de la prophylaxie, ni déplorer assez le peu de cas qu'on en fait généralement. Sans insister ici sur les dangers du contagement blennorrhagique, il convient surtout de faire remarquer que la plupart des métrites ne sont que les résultats d'accouchements effectués dans des conditions d'hygiène déplorable et au mépris des principes les plus élémentaires de l'antisepsie.

J. BAROZZI,
Interne des hôpitaux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de thérapeutique

Entérite muco-membraneuse et rein flottant.

M. MATHIEU estime, comme M. Glénard, que la néphroptose est fréquente chez les malades atteints d'entérite muco-membraneuse, et qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence. Voici, en effet, les résultats auxquels il est arrivé en recherchant systématiquement la ptose rénale chez un grand nombre de malades.

Sur 300 femmes non dyspeptiques souffrant d'affections diverses, il a rencontré dans 1/5^e des cas une néphroptose bien caractérisée (il n'a été tenu aucun compte que des reins abaissés suffisamment pour rendre accessible à la palpation la moitié au moins de leur face antérieure).

Chez les femmes atteintes de dyspepsies, le rapport s'élève à 1/3 et même à 1/2.

Enfin, chez les dyspeptiques ayant de l'entérite muco-membraneuse, la proportion est de 3/4 ou de 4/5. Par conséquent, l'existence du rein flottant est ici presque la règle.

Il est bien certain qu'un rein mobile ne suffit pas pour créer à lui seul une entérite muco-membraneuse, il faut une cause adjuvante.

Dans l'espèce, c'est le nervosisme, et voici comment on peut, chez ces malades, concevoir le rôle du rein dans la pathogénie des accidents.

Le rein, sorti de sa loge lombaire, tire les organes qui constituent son pédicule vasculaire, en particulier les filets nerveux ; cette irritation des plexus nerveux abdominaux peut, dans certains cas, déterminer les crises douloureuses, bien connues chez ces malades, et qu'on ne saurait rapporter d'ordinaire à l'hydronéphrose intermittente. Celle-ci est extrêmement rare : le plus souvent le tiraillement continu des nerfs produit simplement une exagération de la sensibilité du gros intestin et occasionne le resserrement sous forme de corde des divers segments du colon ; cette contraction amène, exagère ou maintient la constipation et l'entérite muco-membraneuse.

De cette théorie pathogénique découlent des corollaires thérapeutiques importants à mettre en évidence ; d'une part, il faut mettre en œuvre les médications nerveuses ; d'autre part, on doit s'opposer au tiraillement du hile du rein par l'organe abaissée ; le port d'une ceinture, la néphropexie, agiront dans ce sens ; mais un moyen plus simple, plus immédiatement efficace, s'impose : c'est de mettre les malades au repos complet et prolongé en situation horizontale. M. Mathieu a obtenu ainsi de nombreux succès thérapeutiques.

REVUE DE LA PRESSE

Disparition de certaines douleurs menstruelles à la suite de la cocaïnisation de la muqueuse nasale.

M. le docteur W. Fliess (de Berlin) a constaté qu'il existe, au point de vue physiologique, un rapport évident entre le processus menstruel et diverses parties de la pituitaire, telles que le cornet inférieur et cette portion de la cloison, riche en vaisseaux et en glandes, que quelques auteurs désignent sous le nom de *tuberculum septi*. En effet, pendant les règles ces parties gonflent, se cyanosent, deviennent très sensibles au contact de la sonde et sont souvent la source d'hémorrhagies. Bien plus, le badigeonnage de ces régions avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 20 % ferait disparaître rapidement les douleurs menstruelles qui ne relèvent pas d'une cause mécanique (dysménorrhée par suite du sténose du col utérin), mais qui, étant plutôt de nature névralgique, sont caractérisées par ce fait qu'elles persistent même après la cessation du flux cataménial.

Enpoisonnement arsénical par la voie vaginale.

Dans le *Wien klin Woch*, M. HABERDA rapporte un cas d'empoisonnement arsénical par une voie peu employée dans notre pays. Il s'agit d'une jeune fille qui s'était introduit de l'arsenic dans le vagin. La partie supérieure du vagin, où se trouvait la boulette de poison, était remplie d'un exsudat fibrineux. Les lésions produites par l'intoxication étaient les suivantes : léger ictère, hémorrhagies, dégénérescence graisseuse du cœur, du foie et des reins, lésions stomacales et intestinales.

NOUVELLES

LÉGION D'HONNEUR. — M. le D^r Vidal, médecin à Grasse, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les D^{rs} Legros (de Rochefort), Barbin (de Montoir), Pellevoisin (de Niort), M. le professeur Heurtaux (de Nantes), M. le D^r Mangon (de Fontenay-le-Comte).

HÔPITAUX DE PARIS. — **Concours de Chirurgien des hôpitaux.** — Séance de Médecine opératoire, question posée : *Ligament de la sous-clavière en dehors des scalènes. Désarticulation tibio-tarsienne.*

Concours de Pharmaciens. — Un concours pour la nomination à deux places de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 19 juillet 1897, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale des hôpitaux, quai de la Tourne-elle, 47. Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de l'Administration, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 21 juin jusqu'au samedi 3 juillet inclusivement.

Concours pour le prosectorat. — Ce concours a commencé le lundi 24 mai. Le jury se compose de MM. Farabeuf, Tillaux, Terrier, Poirier et Ricard. Voici les noms des candidats : MM. Baraduc, Baudet, Cunéo, Fredet, Gosset, Mouchet, Ombredanne, Pasteau, Savariaud et Wiart. Voici le sujet de la composition écrite : *Œsophage (anatomie et physiologie) ; corps étrangers de l'œsophage.*

Les questions restées dans l'urne sont les suivantes : 1^o « Nerfs de la langue ; anatomie et physiologie ; tuberculose linguale ; » 2^o « Pancréas ; anatomie et physiologie ; hernies épigastriques. »

Concours pour l'adjuvat. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. VEAU, DUJARIER, ROGER, HERBET et LUYs.

Manceuvres obstétricales. — M. BAR, agrégé, a fait sa première démonstration au petit amphithéâtre de l'Ecole pratique le samedi 29 mai 1897, à 3 heures de l'après-midi. Les exercices opératoires d'obstétrique ront lieu tous les jours, à une heure (pavillon n° VI), à partir du lundi 31 mai.

LES FEMMES MÉDECINS EN AUTRICHE. — L'Université de Vienne a promu la semaine dernière, pour la première fois, une dame au grade de docteur en médecine.

La nouvelle doctoresse, M^{lle} Possanner, d'Ehrenthal, n'a obtenu qu'après de grandes difficultés l'assimilation de son diplôme de docteur en médecine de Zurich, en passant, conformément à une ordonnance ministérielle, tous ses examens à l'Université de Vienne.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — Femmes médecins. — L'Université de Budapest, suivant l'exemple de celle de Vienne, a promu, la semaine dernière, pour la première fois, une femme au grade de docteur en médecine, M^{me} Wilhelmine Wartha, née comtesse Hugonay, dont le mari est professeur à la Faculté de Médecine de Budapest.

- CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

Véritable **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes.

Par M. le Docteur FRAISSE (1).

(suite et fin)

Non moins difficiles sont les cas dans lesquels les Annexes adhèrent fortement aux parois même du pelvis et sont enfouies sous une épaisse coque d'exsudats péritonitiques. Comme on a vu, la décortication a été commencée par en bas, lors de l'ouverture du Douglas postérieur; malgré cela, il pourra être très difficile de l'achever avec les doigts introduits par en haut, bien qu'à présent la position de la main soit plus favorable. Dans ces conditions, il est arrivé aux meilleurs opérateurs d'abandonner une partie ou même la totalité d'Annexes invinciblement fixés aux parois du bassin. A la vérité, cela vaut mieux que de provoquer des hémorrhagies incoercibles ou du moins très difficiles à maîtriser; d'autre part, il ne paraît pas, dans l'espèce, que l'abandon des ovaires et d'une portion des trompes ait une importance considérable.



Fig. 4.

En général, une fois que les Annexes ont été, d'une manière ou d'une autre, amenées au dehors, c'est une bonne pratique de placer une pince, temporaire, bien entendu, sur chaque ligament infundibulo-pelvien, de l'autre côté du pavillon de la trompe (V. fig. 4). Cette pince

(1) Voir les n^{os} des 1^{er} Mai et 1^{er} Juin 1897.

constitue une sorte de repère, de point terminus, où doit aboutir la ligne de forcipressure ou de ligature. En outre, elle empêche les Annexes de fuir de nouveau en arrière, dans la profondeur du petit bassin.

Voilà donc les organes génitaux internes totalement luxés au dehors, en mesure, par suite, d'être inspectés et palpés dans tous les sens. Il se peut très bien, d'après la nature des lésions ainsi constatées *de visu*, que l'acte opératoire s'arrête là. Les Annexes ont été dégagées de leur gangue inflammatoire, isolées des adhérences de péri-salpingite et de péri-ovophorite qui les maintenaient prisonnières. Si l'examen direct plaide en faveur de leur conservation, il est indiqué de tout réintégrer, matrice et Annexes, à la place normale; et la chose est des plus faisables puisque les vaisseaux nourriciers de ces organes ont été conservés.

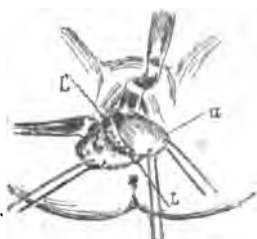


Fig. 5

Extirpation d'une grossesse tubaire par la cœliotomie vaginale antérieure.

U, utérus luxé à la vulve et fortement tiré en bas et en dehors.

L, ligature sur la corne utérine; L', id. sur le lig. infundibulo-pelvien. Entre L et L', on voit une série de ligatures placées sur le lig. large. Il ne reste plus qu'à exciser la trompe gravide, avec l'ovaire correspondant.

D'autres fois, l'énucléation totale a mis au jour des néoplasies localisées, susceptibles d'être extirpées sur-le-champ. C'est ainsi que par cette voie curieuse mais rationnelle, on a pu enlever des kystes ovariens de faible volume, des petits fibro-myomes de l'utérus et même des grossesses tubaires (v. fig. 5), le tout suivi de la réintégration *in situ* des organes sains. Enfin, dans d'autres circonstances, toute l'indication a consisté dans des opérations plastiques sur les Annexes (résections partielles, abouchements, etc., etc.), après quoi, tout était remis en place pour le plus grand bien de l'opérée (1).

Je ne saurais trop appuyer sur cette considération. Jusqu'au dernier moment, pour ainsi dire, le sacrifice définitif de l'organe reste en suspens: et, lorsqu'on s'y résout, c'est avec pièces en mains et en parfaite connaissance de cause.

Nous sommes arrivés au dernier temps de l'opération — l'hémostase définitive, permanente des gros vaisseaux, suivie de la section des pédicules vasculaires.

Considérez ici la différence avec les anciens procédés. Nous avons les pédicules sous les yeux; nous pouvons les suivre du doigt dans toute leur hauteur, jusqu'en amont de l'ovaire. Dès

(1) J'ai déjà insisté sur les avantages de la *Colpotomie antérieure* comme moyen d'investigation et de traitement opératoire (V. *Gazette de Gynécologie*, mars 1896).

lors, le mode d'hémostase, quel qu'il soit, se présente avec une telle facilité, que le choix entre la pince et la ligature devient, pour ainsi dire, indifférent.

Il est un cas où l'opérateur doit exclusivement choisir les pinces, quelles que soient ses préférences personnelles ; c'est celui de l'hystérectomie entreprises pour une tumeur maligne de l'utérus, le plus souvent pour un carcinome. Alors, en effet, la zone de mortification s'étend à 1 et même 2 centimètres au delà de la stricture des clamps ; les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont oblitérés jusqu'à cette limite et ne peuvent se prêter à la dissémination et par suite à la réinoculation des germes cancéreux.

De plus, en pareil cas, une fois que la vessie et la fin des uretères sont bien isolées et fortement réclinées en arrière, il est possible de réséquer une notable portion des paramètres latéraux ; on y parvient en poussant les pinces, le long des ligaments larges, vers les parois du bassin.

Supposons qu'on emploie la forcipressure à demeure, qui est en France la méthode la plus courante. Prenant en faisceau dans une main les pinces à griffes qui n'ont pas quitté le col et celles qui sont implantées sur le fond de l'organe, on les tend fortement en avant, de manière à plier le corps et le col l'un sur l'autre, tandis

que l'écarteur sous-pubien éloigne au maximum la vessie et les uretères. A ce moment, si le col n'est pas suffisamment libéré sur les côtés, quelques coups de ciseaux achèvent son dégagement. Il ne reste plus qu'à placer les clamps.

Pour cela, l'index gauche est placé de bas en haut contre la face postérieure du ligament large (mettons le ligament large droit pour nous conformer à la figure ci-contre) ; ce doigt refoule l'intestin ou l'épiploon (fig. 6) qui pourrait éventuellement s'engager dans la plaie et permet l'application d'un premier clamp, qui comprend généralement entre ses mors la naissance du ligament utéro-sacré ; de plus, les mors doivent

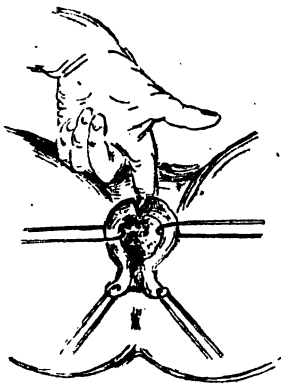


Fig. 6.

Utérus ouvert en avant. Commencement d'entaille sur la paroi postérieure, en se servant de l'index gauche comme guide.

longer exactement le bord de l'utérus, toujours par peur des uretères. Section correspondante. Je n'insiste pas sur cette manœuvre bien connue, etc., etc.

Une deuxième pince est placée, qui comprend d'ordinaire tout le

restant du ligament large et le ligament infundibulo-pelvien ; elle vient aboutir à la pince repère dont nous avons parlé toute à l'heure. S'il faut une troisième pince sur l'étagage supérieur des attaches vasculo-ligamenteuses, n'hésitez pas à la placer ; mais il est rare qu'on doive dépasser ce nombre, à moins de mettre des clamps inutiles, ce qui serait une faute de technique.

La section étant achevée en dedans des mors, jusque derrière les Annexes, les organes génitaux internes ne tiennent plus que par un côté. Rien n'est plus simple que de répéter la même manœuvre de cet autre côté, mais il existe un artifice qui facilite encore ce temps ultime de l'opération. Il consiste à faire tourner l'ensemble des organes autour du ligament large restant comme sur une charnière ; de sorte que la face postérieure de l'utérus tend à devenir antérieure. Le placement des pinces se fait dès lors tout entier sous le contrôle de la vue, grâce aux mouvements alternatifs de rotation et de reposition qu'on imprime aux organes.

Il va sans dire que toutes les combinaisons sont possibles dans la pose des pinces, suivant les commodités du moment. On peut les placer toutes de bas en haut, ou de haut en bas, ou bien l'une dans un sens et l'autre en sens inverse. Parfois, on a intérêt à dissocier le ligament large et à pincer à part chaque lame ; de même, le ligament infundibulo-pelvien, etc., etc. Le plus simple est le mieux, c'est-à-dire le pincement par étage, et de bas en haut. On évite ainsi les torsions des ligaments qui ont été incriminées comme un des facteurs de l'occlusion intestinale, cette redoutable complication qui parfois fait suite à l'hystérectomie.

L'extirpation est donc achevée ; il ne reste plus qu'à reviser les pédicules et à faire le pansement.

Si l'opération a été bien conduite, il n'y a pas à placer de pinces supplémentaires. Celles qui sont en place doivent être au maximum de six, trois de chaque côté. Joignez-y deux ou trois pinces pour tarir l'écoulement éventuel de la section vagino-péritonéale, et vous devez avoir une plaie absolument étanche, qui ne vous laissera aucune crainte concernant l'hémorrhagie. De même au point de vue de l'infection, si vous avez été suffisamment aseptique ; mais cette recommandation est banale aujourd'hui.

Comme dernière remarque, il importe de laisser pendre les pinces de tout leur poids au dehors, de sorte que les processus de cicatrisation s'accomplissent dans le canal vaginal même, c'est-à-dire d'une façon extra-péritonéale. Si on s'est servi de ligatures, le même résultat est obtenu en tirant fortement sur les fils. Il va

sans dire que le pansement ne sera pas porté trop haut, mais juste au niveau des sections et des surfaces cruentées ; il ne sera pas non plus trop tassé (ce qui arrivait autrefois avec les hémotases incomplètes), de peur de déterminer de la rétention des produits de la plaie.

Une sonde, laissée à demeure dans la vessie et fixée au méat avec un crin de Florence, évite les ennuis des cathétérismes répétés, durant les deux premiers jours.

Tel est le plan adopté en règle générale, pour la grande majorité des cas. Mais il peut subir des modifications ayant pour but de faciliter la sortie au dehors des organes à enlever ; telles sont les sections, tels sont les morcellements pratiqués sur un utérus trop volumineux pour être énucléé dans son intégralité hors de la cavité pelvienne. Nous verrons prochainement qu'un pareil artifice constitue la méthode de choix, quand il s'agit d'extirper par le vagin un utérus myomateux.

Toutefois, en dehors des formations néoplasiques, je ne pense pas que les divers degrés d'hypertrophie de nature inflammatoire qui peuvent affecter la matrice soient des obstacles absolus au développement *in toto* de cet organe en avant de la vulve. On a bien parlé de cas de gigantisme utérin ; pour ma part, je n'y crois pas beaucoup, n'en ayant jamais rencontré.

Ceci dit, il est évident que si, après avoir entièrement dénudé la face antérieure de l'utérus, nous fendons la paroi correspondante, suivant une ligne médiane, depuis l'orifice externe jusqu'au Fond, nous aurons grandement facilité le temps capital de l'énucléation. Grâce à cette section, les pinces à griffes s'accrochent merveilleusement sur la tranche même du muscle utérin. Implantées de proche en proche en montant, elles attirent peu à peu ce qui reste à énucléer d'organe ; d'autre part, l'utérus, ainsi fendu dans toute sa longueur, s'étale latéralement et passe bien mieux sous la symphyse pubienne. Enfin, les doigts ont plus de place pour s'introduire, secondairement, dans l'entonnoir profond que figure la cavité pelvienne et en déloger les Annexes.

Toutefois, malgré ces avantages, on ne saurait ériger cette section médiane antérieure en méthode générale.

D'abord, il est toute une catégorie d'utérus pour lesquels elle est totalement interdite : c'est lorsque l'organe est le siège d'une néoplasie maligne. Inutile d'insister sur un pareil éventrement, en plein champ opératoire, et sur les dangers qui en résulteraient au point de vue de la dissémination éventuelle des germes.

Surtout, en recourant à cette méthode, on se prive, de parti pris, de l'avantage inappréciable que nous signalions tout à l'heure, celui de pouvoir, jusqu'au dernier moment, garder un utérus intact et susceptible de conservation. Or, on ne perdrait qu'une fois, dans sa carrière de chirurgien, l'occasion de faire une opération purement conservatrice, que la méthode employée serait blâmable, puisqu'elle a conduit à une mutilation injustifiée.

Du moment que l'on fend la paroi antérieure de la matrice, jusques et y compris sa surface péritonéale, le sacrifice de cet organe est résolu et, par suite, pratiqué sous le couvert d'une indication formelle. Dès lors, puisque les considérations conservatrices ne gênent plus l'opérateur, il a mieux à faire que de s'arrêter, pour ainsi dire, à mi-chemin. On continuera donc cette section sur toute la paroi postérieure, de sorte que l'organe est séparé en deux moitiés, tenant chacune à ses Annexes respectives et suspendue à ses ligaments. Chaque moitié, rabattue vers la cuisse correspondante, développe au dehors sa face postérieure jusque là cachée.

Il en résulte un notable agrandissement de la brèche vaginale, par où s'introduisent les doigts pour aller à la recherche des Annexes. Et, pour peu que les ligaments larges s'y prêtent, c'est la main tout entière qui peut pénétrer dans le bassin, comme elle ferait par une large ouverture hypogastrique.

Enfin, le placement des pinces se fait ici avec une aisance remarquable, grâce à la rotation de chaque moitié d'utérus autour du ligament large correspondant.

Pour ces diverses raisons, nous croyons que la section médiane de l'utérus, chaque fois qu'elle est indiquée, doit être entière, complète, et qu'alors seulement elle donne toutes les commodités qu'on est en droit d'attendre. C'est pourquoi je vais brièvement vous indiquer les modifications opératoires qu'elle apporte au plan général qui vient d'être décrit.

La saisie du col avec les pinces à griffes varie légèrement ; on se trouvera bien de les disposer de la manière suivante : deux sur les côtés de la lèvre antérieure, près des commissures, et la troisième sur la lèvre postérieure, en son milieu. De cette façon, la section médiane antérieure n'est gênée en rien.

On peut commencer cette section quand on a dénudé une partie seulement de la face antérieure de l'organe, avant qu'on soit arrivé au niveau du revêtement péritonéal. Ce début de section offre une prise très commode pour amener de nouvelles parties

encore adhérentes et en poursuivre la dénudation. Quoi qu'il en soit, la section, faite avec de forts ciseaux mousses, doit soigneusement porter sur la ligne médiane ; cette recommandation n'est pas de trop, car les ciseaux ont de la tendance à s'égarer vers la gauche (de l'opérée). Pour cela, les pinces fixées au col doivent tirer d'une façon régulière et bien symétrique.

Sous l'action des pinces à griffes plantées ascensionnellement le long de la tranche utérine, le Fond de l'organe ne tarde pas à franchir l'arcade pubienne ; souvent même, l'énucléation se produit de très bonne heure. L'utérus, luxé à la vulve, est ouvert comme un livre, par le fait du tiraillement des ligaments larges, et présente sa cavité en avant (voir fig. 6).

Il convient, pour les raisons que nous avons dites, d'en compléter la section en arrière, section qui s'exécute sur l'index gauche comme guide et qui souvent nécessite de nombreux coups de ciseaux. Elle va rejoindre la troisième pince à griffes implantée sur la lèvre postérieure du col. A ce moment, l'utérus est partagé en deux moitiés, dont chacune est fortement réclinée vers le dehors, de manière à ouvrir une large voie pour la recherche des Annexes. La figure ci-dessous (fig. 7) représente la moitié gauche d'un utérus,



Fig. 7 (schématique)

Moitié gauche d'un utérus sectionné, avec les annexes correspondantes; le lig. large est vu par sa face antérieure.



A', id. id.

Le lig. large est vu par sa face postérieure; lig. infundibulo-pelvien et le lig. utéro-sacré y sont également indiqués.

avec ses Annexes libérées et amenées au dehors, avant et après la rotation autour du ligament large correspondant.

Le placement des pinces s'explique sans autres commentaires, et le restant de l'opération rentre dans la description générale qui a été donnée plus haut.

Jusqu'ici, nous avons supposé qu'il s'agit d'un utérus mobile, obéissant assez bien aux tractions vers le bas. Ultérieurement, nous nous occuperons de l'hystérectomie vaginale appliquée à l'utérus fixé, non abaissable à la vulve, complication importante et faite

pour mettre à l'épreuve la sagacité de l'opérateur. Aussi bien, nous étudierons cette question avec tous les détails qu'elle mérite.

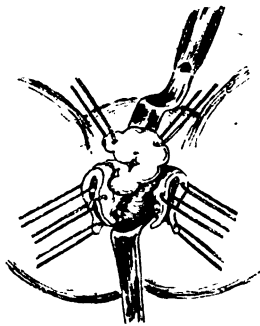


Fig. 8.

Volumineux sacs tubaires développés au-dehors consécutivement à l'hémisection de l'utérus. Des deux sacs tubaires l'un est sorti et l'autre prêt à sortir.

Pour le moment, bornons-nous à discuter le cas qui se présente aujourd'hui et pour lequel nous n'avons pas trop à redouter l'immobilisation de l'utérus.

Il s'agit d'une femme de 39 ans, exténuée par plusieurs années de souffrances et pour qui plusieurs chirurgiens, successivement consultés, ont conclu à l'extirpation totale *per vaginam*.

Son utérus, en rétroflexion adhérente, est atteint d'hypertrophie-totale (mégalométrie). Le col est énorme, béant, et vient

jusqu'à mi-chemin de la vulve. Deux vastes ectropions bordent le méat utérin, d'où s'écoule un abondant catarrhe muco-purulent, etc., etc...

Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une masse annexielle adhérente, probablement un gros pyosalpinx. A gauche, Annexes également prolabées, immobiles et douloureuses à l'excès, sans suppuration probable de la trompe ou de l'ovaire. Tout autour, d'abondants exsudats de pelvipéritonite.

Il y a quelques années, on aurait laparotomisé cette malade, on lui aurait fait la castration purement annexielle. Aujourd'hui, j'estime que l'extirpation totale, par en bas, des organes génitaux internes lui rendra plus de services.

Dans cette détermination, outre l'examen direct des lésions, il a fallu faire intervenir les conditions sociales du sujet. C'est une femme qui approche de la ménopause, qui dans la suite ne pourra pas se soigner, étant obligée de travailler pour vivre, et qui ne demande qu'une chose, ne plus souffrir.

Or, il est à craindre (bien que ce ne soit là qu'une hypothèse), qu'en pratiquant seulement l'opération de L. Tait, cette malade continue à souffrir, et cela, soit par le fait de la persistance des lésions utérines, soit (ce qui paraît plus vraisemblable) par le fait de processus paramétritiques ou périmétritiques, établis secondairement autour de l'utérus et que la laparotomie seule peut être impuissante à dissiper. En particulier, dans le cas actuel, les Plis de Douglas, rigides, épaissis et infiltrés, témoignent d'une paramérite ancienne et tenace, qui se traduit par un *mal aux reins* que rien n'a

pu vaincre, et qui prend son origine dans le col enflammé. Désordres analogues du côté de la vessie, consécutifs à des propagations inflammatoires vers le paramètre antérieur, etc., etc.

Evidemment, s'il s'agissait d'une malade fortunée, il serait plutôt indiqué de conserver l'utérus, quitte à recourir dans la suite à un traitement direct dirigé contre cet organe : pansements, dilatation, massage, électrisation, etc. Dans cet ordre d'idées, les lésions restantes peuvent être justiciables du curetage, de l'amputation du col. De même, au voisinage de l'utérus, peut-on avoir à faire dissoudre, ultérieurement à l'opération, des reliquats d'anciennes lésions pelviennes ; ici, le repos, le massage, la médication balnéaire dans des stations appropriées, sont d'un précieux secours. D'autres fois, une simple incision vaginale permettra d'ouvrir le Douglas fortement obstrué par des exsudats plastiques, au sein desquels il n'est point rare de rencontrer soit des adhérences avec l'intestin, soit même des petits abcès dont l'existence explique rationnellement la persistance des douleurs après l'oophorectomie.

Il va sans dire que le succès de ce traitement ultérieur dépend de la netteté du diagnostic quant aux lésions à faire disparaître secondairement. Pour ma part, j'estime que le plus souvent ces lésions ont leur siège en dehors de l'utérus, surtout en arrière, dans le Douglas. Et chez ces malades, la conservation de l'utérus est d'un grand prix, puisqu'elle préserve d'un arrêt brusque, définitif dans la fonction menstruelle, arrêt plein de surprises, d'ennuis de toutes sortes, et qu'il convient d'éviter, du moins chez les clientes d'une certaine catégorie.

En d'autres termes, la condition du sujet doit peser d'un grand poids dans le choix du procédé opératoire. Or, ici, cette considération nous donne une large latitude ; la faute consisterait au contraire à laisser la moindre épine inflammatoire douloureuse, quitte à acheter une plus grande certitude dans la suppression des souffrances aux prix de troubles fonctionnels dans l'avenir. C'est ce qui a déterminé la malade à l'opération plus radicale, mais évidemment plus sûre, que nous allons pratiquer.

A ce sujet, qu'il me soit permis d'insister sur la conservation de l'utérus, dont on a fait certainement trop bon marché. On peut entendre, aujourd'hui, faire des raisonnements de ce genre : « Du moment qu'on enlève les annexes des deux côtés, l'utérus est inutile ; dès lors, pourquoi le conserver ? » ou bien : « on enlève systématiquement l'utérus pour se créer une voie commode jusqu'aux annexes

et extirper secondairement celles-ci. C'est le premier temps d'un acte opératoire raisonné et prévu. »

Le fait de considérer la matrice comme une quantité négligeable constitue, ainsi qu'on l'a dit justement, un dogme très grave, qu'il importe de ne point laisser s'acclimater, pour le bon renom de la gynécologie moderne. D'abord, il n'est point permis d'enlever un organe pour cette raison qu'il est devenu inutile, surtout lorsque cette inutilité n'est point prouvée et qu'elle relève d'une appréciation dite doctrinaire, c'est-à-dire éminemment variable dans la suite des temps.

Savons-nous si la fonction de gestation est la seule qui soit conférée à l'utérus ? si, à l'instar des ovaires, cet organe n'est point chargé d'élaborer des produits utiles à l'économie ? si sa privation ne constitue pas une défectuosité organique, comparable à la *cachexie ovarioprive*, dont on s'occupe tant aujourd'hui ?

Pour le moment, je ne veux insister que sur un point. L'extirpation isolée d'annexes malades et inguérissables par les moyens ordinaires, sans qu'on touche à l'utérus, détient devers elle une supériorité indéniable : elle ne supprime pas subitement, fatalement, les règles.

Dans les conditions où généralement on opère, c'est rendre à la femme un service immense que de lui conserver une menstruation même irrégulière et parcimonieuse.

En d'autres termes, lorsqu'il s'agit de lésions inflammatoires uni- ou bilatérales des annexes, pour être autorisé à enlever l'utérus en même temps que ses annexes, il faut une indication formelle résidant dans l'utérus ; il faut qu'il soit prouvé que la malade continuera à souffrir après la castration annexielle, uniquement par ce fait que son utérus aura été conservé. Or, personnellement je ne crois pas beaucoup à la doctrine exclusive de *l'épine douloureuse persistante*, qui est la matrice restée en place. J'estime, en cette matière, qu'il existe une autre cause, ou une réunion d'autres causes, qui rendent compte de la continuation des troubles observée parfois, après la seule extirpation des annexes. Mais c'est là un sujet très important, que je compte bientôt reprendre avec les détails qu'il réclame.

En attendant, si vous voulez connaître mon opinion concernant l'extirpation de l'utérus pour lésions d'ordre purement inflammatoire, je vous dirai : « Méfiez-vous de cette intervention ou, plutôt, ne l'entreprenez qu'à bon escient, après mûre réflexion. » C'est le type des opérations pour clientes qu'on ne revoit plus, comme celles, en général, de la pratique gratuite.

Il n'en sera plus de même avec la femme qui, ayant payé pour guérir, se trouvera autorisée à venir, par la suite, vous réclamer une guérison complète, aussi complète que l'opération pratiquée sur elle. Et, dans ce cas, tant pis pour vous, si vous avez promis, comme on dit, plus de beurre que de pain, s'il survient des troubles plus ou moins bizarres, qui ramènent la malade à jet continu dans votre cabinet, avec, toutes les fois, de nouvelles condoléances, quand ce ne sont pas des récriminations...

Si la femme approche de la ménopause, si elle est d'une nature molle, lymphatique, elle s'accommode encore de sa déssexualisation. Vous y aiderez au besoin par un régime de poudre d'ovaire ou d'extrait de muscle utérin. Mais si c'est une nerveuse (et combien le cas est fréquent !) vous aurez fabriqué une neurasthénique, une toquée, souvent même une ennemie irréconciliable. La presse retentissait dernièrement des suites soi-disant désastreuses créées par les opérations gynécologiques ; il faut faire la part des exagérations dues à l'ignorance et à la malveillance. Mais, entre nous, avait-on toujours bien obéi aux indications exactes que comportait chaque cas opératoire ? Avait-on toujours cherché à obtenir la guérison avec le minimum des dégâts ?

C'est à chacun de nous d'éviter ces reproches, à force d'impeccabilité, de probité scientifique. En particulier, pour ce qui est de l'hystérectomie pratiquée en dehors des formations néoplasiques de l'utérus, réfléchissez longtemps avant d'enlever cet organe pour la seule raison qu'il est chroniquement enflammé. Il faut pour cela que les lésions inflammatoires même fournissent une indication absolue pour le sacrifice de l'organe ; or, en général, ce n'est pas la règle.

En fait d'organes génitaux plus encore qu'ailleurs, la sagesse réside dans la crainte des mutilations injustifiées, même avec la perspective à peu près certaine d'un succès opératoire. En agissant ainsi, non seulement on observe le repos de la conscience et l'estime de soi même, mais encore, au simple point de vue pratique, on éloigne une foule d'ennuis pour l'avenir.

Une autre conclusion découle de ce qui précède : c'est qu'il n'existe point, en gynécologie, de panacée universelle. Les méthodes opératoires annoncées à grand fracas ont en partie failli à leurs promesses. C'est pourquoi, en face de chaque cas particulier, la personnalité du gynécologue subsiste toute entière et s'affirme par le choix longuement mûri et variable à l'infini, des moyens qui

associent la cure des lésions avec le respect des organes. Et quand à vouloir faire consister la gynécologie opératoire toute entière dans l'extirpation radicale des organes génitaux, ce serait une aberration de l'esprit.

(Novembre 1896.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Sur un cas très grave de dermatite consécutive à deux applications de rayons X. — Pathogénie et traitement.

Note de M. le Docteur G. APOSTOLI, présentée par M. D'ARSONVAL à l'Académie des Sciences. — Séance du 14 Juin 1897.

M. le professeur d'Arsonval présente à l'examen de l'Académie des Sciences, au nom du D^r Apostoli, le cas le plus grave et le plus rebelle de dermatite qui soit jusqu'à présent connu, dont il expose l'histoire sommaire, et pour lequel il préconise un nouveau traitement.

Il s'agit d'une très vaste sphacèle de la paroi abdominale qui, en février dernier, mesurait encore 17,7 centimètres sur 13,6 et était consécutive à deux applications de rayons Röntgen faites à Dublin les 22 et 28 mai 1896.

Dans la première séance, d'une durée de 40 minutes, le tube de Crooks avait été distant de 15 centimètres de la peau ; dans la seconde, d'une durée de 90 minutes, le tube avait été rapproché à 9 centimètres.

Suites immédiates : Quelques nausées consécutives après chaque séance, mais sans vomissement.

Suites éloignées : Apparition, deux jours après la dernière séance, d'un érythème progressif qui a été en s'aggravant.

— Vésicules et phlyctènes consécutives avec écoulement séreux abondant.

— Formation progressive d'une escarre.

— Amélioration notable en juillet.

— Rechute, avec nouvelle mortification en août, et avec apparition de brûlure et de douleur intense au niveau de la surface mortifiée.

— Application successive de toutes les lotions, de tous les topiques, de tous les caustiques connus, en y ajoutant même la greffe épidermique et le raclage pratiqué après anesthésie, le tout avec le même insuccès constant et absolu pendant huit mois.

— Depuis la fin d'octobre 1896, l'application locale et quotidienne d'un courant d'oxygène sur la plaie, pendant 5 heures tous les jours, est le seul traitement qui paraît avoir été favorable et a arrêté l'agrandissement croissant de la plaie, sans toutefois la faire rétrocéder sensiblement.

Le 9 février 1897, début du traitement électrique, appliqué avec l'assistance du docteur Planet, et qui peut se résumer ainsi :

— Bains statiques quotidiens avec effluviation sur la partie malade pendant toute la séance, d'une durée moyenne de 20 à 30 minutes.

— Fin mars, association au bain statique de l'application des courants de haute fréquence sous la forme de lit condensateur.

— Depuis avril 1897, emploi bi-hebdomadaire de bains hydro-électriques avec le courant ondulatoire.

— Amélioration progressive depuis le début du traitement électrique et en particulier depuis l'association de l'effluviation statique aux applications polaires du courant ondulatoire.

— Détachement très lent, mais toujours progressif de l'escarre sèche et adhérente, et réduction actuelle de plus de la moitié de la surface totale primitivement sphacélée.

— Le malade est aujourd'hui (juin) présenté en pleine voie de guérison et le traitement se poursuit sans nouvel incident à signaler.

Voici les conclusions sommaires formulées par le Dr Apostoli :

1° L'application des rayons Röntgen peut provoquer, dans certaines circonstances, une *dermatite* plus ou moins grave, caractérisée soit par un érythème simple, soit par une escarre plus ou moins profonde, pouvant intéresser la peau jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané.

2° Cette dermatite, variable suivant son siège (peau, ongles, poils), variable également dans une certaine mesure suivant l'état constitutionnel du sujet en expérience, est assimilable sous plusieurs rapports à une brûlure électrique ordinaire et présente comme cette dernière les mêmes caractères généraux d'*asepsie*, d'*apyrexie*, d'*évolution très lente* vers la réparation — et d'*intensité à peu près égale dans toute son étendue*.

3° Cette dermatite est toujours le résultat d'une faute opératoire commise soit, et avant tout, par le rapprochement trop grand de la peau, du tube de Crooks, soit par la durée trop longue d'une séance unique, soit enfin par des séances trop multiples et trop rapprochées.

4° Le Dr Apostoli propose comme traitement efficace de cette dermatite rebelle le courant électrique qui devra comprendre les modes suivants que l'on pourra associer à intensité et à durée variables suivant les indications cliniques :

a) *L'effluviation statique* simple qui, par son action directe et locale aidée de son influence générale, hâte le travail de réparation et de cicatrisation des ulcères.

b) L'application polaire d'un courant galvanique, ou mieux d'un *courant ondulatoire*, pour accélérer la chute de l'escarre et favoriser ainsi l'action topique et trophique ultérieure de l'effluve statique.

c) L'action générale d'un *courant de haute fréquence* (par le lit condensateur) destiné, comme l'a démontré le Professeur d'Arsonval, à relever le coefficient de la nutrition générale et à apporter à l'économie un supplément de force et de vitalité.

REVUE DE LA PRESSE

Des collections séreuses pelviennes

Par le D^r VAUTRIN, de Nancy.— *Rev. de chir.*

Peu étudiées par S. Pozzi, dans son *Traité de gynécologie*, les collections séreuses pelviennes ont fait l'objet de mémoires de Laroyenne, de Condamin, de Bonnet. Leur histoire est intéressante à tracer ; c'est ce qui a décidé M. Vautrin à l'entreprendre, se basant sur douze observations qu'il a rencontrées dans ces dernières années.

Il distingue deux catégories de collections séreuses. La première comprend des collections séreuses développées au voisinage d'un utérus ou d'annexes malades. Elles occupent une cavité d'étendue variable, comprise au milieu d'exsudats inflammatoires. Leur marche est silencieuse et chronique. Elles ne se font remarquer par aucun symptôme saillant ou spécial.

La deuxième catégorie de collections séreuses que l'on peut désigner du nom de *pelvipéritonites* séreuses, se rencontre plus rarement et se présente sous forme d'épanchements soudains, d'allure aiguë, avec un cortège de symptômes graves qui attirent l'attention. Ces collections peuvent atteindre un volume considérable en peu de temps, ainsi que je l'ai observé dans deux faits récents.

Les épanchements séreux de la première catégorie se produisent au milieu d'exsudats de périméthro-salpingite, à la faveur de poussées congestives ou inflammatoires successives. L'irritation propagée à la séreuse adjacente aux organes malades, provoque la sécrétion d'une certaine quantité de liquide ressemblant à l'ascite, puis se collecte en une cavité de dimensions généralement restreintes. L'épanchement séreux environne presque toujours la lésion causale, l'enveloppe souvent et occupe, comme celle-ci, une situation variable dans le pelvis. Toutefois, son siège le plus commun est le cul-de-sac vaginal de Douglas, un peu au-dessus du cul-de-sac vaginal postérieur.

Les collections séreuses de la deuxième catégorie succèdent à un état inflammatoire aigu, et principalement à une génitalite gonococcienne. Elles surviennent rapidement au milieu de symptômes de péritonite localisée au bassin ; ballonnement du ventre, frissons, vomissements, pouls petit et fréquent, etc. La sérosité épanchée remplit le bassin et refoule parfois l'intestin jusqu'aux environs de l'ombilic. J'ai évacué deux pelvipéritonites séreuses de ce genre, dont l'une contenait deux litres et demi et l'autre trois litres d'un liquide limpide et peu coloré. Si l'on retarde l'évacuation de ces énormes collections, elles passent rapidement à la purulence, ainsi que le démontrent les observations de Reclus au Congrès de chirurgie de 1891. On rencontre également ces pelvipéritonites pendant la puerpéralité.

Le *traitement* des collections séreuses pelviennes paraît se rattacher à celui des lésions pelviennes qui leur donne naissance. Pour les lésions élevés et unilatérales, enveloppées d'épanchements séreux, on pourra préférer la *laparotomie*. Pour les affections bilatérales anciennes, l'*hystérectomie* s'imposera. Cependant, après de nombreux succès M. Vautrin conseille l'*incision vaginale postérieure*, qui permet d'évacuer les collections séreuses, d'extirper ou d'ouvrir les lésions annexielles et de drainer par le point le plus déclive. Si l'épanchement séreux est haut situé, l'*élytrotomie antérieure* seule ou combinée à l'*élytrotomie postérieure* permet de l'atteindre. M. Vautrin a réussi, dans deux cas, à guérir les collections séreuses et à extirper des annexes par la voie vaginale antérieure.

Contre les pelvipéritonites séreuses, il faut intervenir rapidement par l'*incision vaginale*, qu'il faut préférer au drainage abdomino-vaginal, aussi longtemps que l'épanchement n'est pas suppuré.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement médical du cancer utérin.

J. CHÉRON

Bovehner a conseillé l'emploi du chlorate de soude dans le traitement du cancer utérin.

Ce traitement consiste dans l'administration interne du chlorate de soude combinée à l'application locale de ce médicament sur le col cancéreux.

Voici les formules de l'auteur :

Prendre, à l'intérieur, deux à six cuillerées à bouche dans les 24 heures ; de la potion suivante :

Chlorate de soude.	20 gr.
Sirop de fleurs d'oranger. . .	30 gr.
Eau distillée.	100 gr.

On commencera par deux cuillerées à bouche dans la journée, pour arriver rapidement à six cuillerées dans le même temps.

Comme applications locales, on peut se servir indifféremment soit du mélange des poudres suivantes portées sur le col au moyen d'un tampon de ouate stérilisée :

Chlorate de soude.	} aa 10 gr.
Sous-nitrate de bismuth. . .	
Iodoforme.	

Soit de tampons d'ouate hydrophile imbibée de la solution qui suit :

Iodoforme.	1 gr.
Chlorate de soude.	20 gr.
Glycérine.	20 gr.

Ces formules sont utiles à retenir, car on ne saurait avoir un trop grand nombre de moyens thérapeutiques à sa disposition contre un mal aussi redoutable que le cancer utérin. Mais nous conseillons de remplacer l'iodoforme dont l'odeur est si pénible et mal tolérée, par les malades et leur entourage, au bout d'un certain temps, par l'iodocrésyl ou mieux encore par le diiodoforme qui sont, l'un et l'autre, sans odeur appréciable.

Les formules pour l'application locale seront donc transformées de la façon suivante :

a) Poudre composée :

Chlorate de soude.	} aa 10 gr.
Sous-nitrate de bismuth. . .	
Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).	4 gr.

b) Solution :

Iodocrésyl (ou bien diiodoforme).	1 gr.
Chlorate de soude.	20 gr.
Glycérine.	20 gr.

NOUVELLES

Association Française de Chirurgie. — 11^e CONGRÈS, 18-23 OCTOBRE 1897. — Le 11^e Congrès de l'Association française de Chirurgie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de Médecine, le Lundi 18 Octobre 1897, sous la présidence de M. le Docteur Gross, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à 2 heures. Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1^o *Des contusions de l'abdomen*, M. Demons, de Bordeaux, rapporteur.

2^o *Indications opératoires et traitement du cancer du rectum*, M. Quénu, de Paris, et M. Hartmann, de Paris, rapporteurs.

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, pour le 15 Août, au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Lucien Piqué, Secrétaire général, rue de l'Isly, 8, Paris.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au Secrétaire général.

Concours d'internat à l'hôpital Saint-Joseph. — Nous rappelons que le lundi 28 juin, aura lieu à l'hôpital Saint-Joseph, rue Pierre Larousse, n^o 5, à Paris, un concours pour la nomination à quatre places d'internes titulaires et à cinq places d'internes provisoires. Pour les renseignements, s'adresser à M. le D^r Tison ou aux autres chefs de service.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy.*

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du D^r FRANK
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Sur la blennorrhagie chez la femme.

Par M. le D^r Ch. AUDRY

Je désire vous parler aujourd'hui de la blennorrhagie observée chez la femme. Comme à l'ordinaire, j'espère rester exactement dans le domaine de la pratique la plus élémentaire, et je veux vous enseigner seulement les choses qu'il n'est pas permis d'ignorer. A vrai dire, peu d'affections sont aussi mal connues de la plupart des étudiants qui arrivent au terme de leurs examens ; croyez qu'ils n'ont guère ultérieurement le temps et les moyens d'en reprendre l'étude. En termes clairs, la blennorrhagie féminine, maladie de la plus grande fréquence et de la plus haute importance dans toutes les classes sociales, est complètement méconnue d'un très grand nombre de médecins.

On est trop souvent resté à l'ancienne conception clinique : il faut vous mettre profondément dans la tête cette notion que, 7 fois sur 10, la blennorrhagie chez la femme ne s'accuse par aucun symptôme, et que, dans la moitié des cas restants, les accidents dont la malade s'accuse au médecin, ceux-là même que le médecin peut constater par l'examen grossier, n'ont aucune espèce de valeur. Il est complètement impossible de diagnostiquer et de traiter une blennorrhagie sans le secours constant, quotidien du microscope, et cela plus encore quand on a affaire à des femmes.

Il est bien entendu que nous entendons, par blennorrhagie, les altérations engendrées par le gonocoque ; dans quelques cas, les altérations sont minimales et sans importance ; la présence larvée ou non du microbe est tout ; dans d'autres, au contraire, il entraîne avec lui la production d'accidents redoutables pour l'individu et pour l'espèce.

Je vous préviens que nous n'aurons en vue que les malades adultes ; vous aviez pu, ces derniers jours, en voir et en suivre trois exemples dans notre salle Sainte-Cécile ; il en reste encore une en traitement. Nous écartons donc pour le moment la blennorrhagie des petites filles : non qu'elle soit rare, elle est au contraire d'observation vulgaire ; mais la blennorrhagie des petites filles n'a rien à voir avec celle des femmes. En effet, les épithéliums des très jeunes sujets ne sont pas pour ainsi dire en possession de leurs moyens de défense définitifs ; ils ont une délicatesse, une fragilité telle que le gonocoque peut s'implanter sur un sol où l'évolution effectuée pendant l'adolescence ne lui permettra plus de se greffer et de proliférer.

Chez l'adulte, en effet, vous savez que le gonocoque est avant tout, sinon exclusivement, un parasite des épithéliums cylindriques qu'il peut attaquer sans érosions initiales et par ses seuls moyens ; sans doute, nous ne pouvons plus douter que, par exception, il ne puisse atteindre d'autres épithéliums, d'autres tissus ; mais en gros la règle est vraie, et nulle part on ne lui trouve plus de confirmation clinique que lorsque l'on étudie la blennorrhagie de la femme adulte. Vous allez pouvoir vous en rendre compte.

II. — On peut admettre deux grandes divisions parmi les diverses modalités de la maladie.

Dans un premier ordre de faits, il s'agit des localisations gonococciques sur la vulve, sur ses appareils glandulaires, sur l'urèthre et ses annexes.

Dans le second, on doit ranger les lésions que le microbe engendre primitivement ou secondairement sur un point quelconque de l'utérus ou de ses annexes, y compris le péritoine génital.

Le vagin reste à part et sépare complètement les deux champs de bataille.

III. — La vulve est revêtue d'une muqueuse du type ectodermique sur laquelle s'ouvre les canaux excréteurs des glandes de Bartholin, les canaux excréteurs de petites invaginations glandulaires innommées, et le méat uréthral avec ses annexes diverticulaires.

L'ensemble de cette muqueuse peut présenter, dans les formes aiguës de la blennorrhagie, une violente inflammation qui se traduit par de la rougeur diffuse, de la tuméfaction, de l'œdème, un suintement purulent ou séro-purulent plus ou moins abondant. Mais tous ces accidents qui constituent réellement une vulvite, ne sont point sous la dépendance immédiate du gonocoque ; ils résul-

tent de phénomènes d'irritation dus à des agents surajoutés ; ils résultent aussi de l'inflammation provoquée sur des points donnés par l'inoculation du gonocoque ; à proprement parler, il n'existe pas chez l'adulte de vulvite blennorrhagique ; il n'y a que des vulvites compliquant la blennorrhagie glandulaire, bartholinienne ou uréthrale. C'est dans ces appareils qu'il faut découvrir le siège vrai de la maladie.

Des localisations bartholiniennes de la chaude-pisse, je dirai peu de chose ici ; je vous en ai longuement parlé dans une précédente clinique. Je vous ai fait remarquer que la plupart des bartholinites canaliculaires, glandulaires ou totales n'étaient pas gonococciques, mais consécutives à d'autres infections. Je vous ai dit que l'existence d'un écoulement par le pore bartholinien n'avait pas d'autre signification que celle d'une inflammation quelconque, et que seul l'examen microscopique et la découverte assurée du gonocoque pouvait vous permettre de lui attribuer une valeur blennorrhagique ; pas davantage nous n'avons accordé d'importance à la macule soi-disant gonorrhéique. Je passe donc et j'arrive maintenant à l'étude de l'uréthrite.

IV. — L'uréthrite gonococcique a chez la femme la même importance que chez l'homme. Je ne parle pas ainsi de son importance clinique, mais bien de sa fréquence, de son opiniâtreté et surtout de sa perfidie.

L'uréthrite seule ou associée existe chez les huit dixièmes des blennorrhagiennes ; elle passe inaperçue chez la grande majorité de ces malades.

On peut avoir affaire soit à une uréthrite aiguë, soit à une uréthrite chronique. Cette dernière peut être simple ou compliquée de diverticulite intra ou juxta uréthrale ; l'une et l'autre peuvent se compliquer de cystite : autant de points sur lesquels nous allons revenir.

Parlons d'abord de l'uréthrite aiguë, de ce que nous pourrions appeler exactement la chaude-pisse. Ce qui doit nous frapper d'abord, c'est qu'elle est rare, au moins dans notre champ d'exploration. Depuis cinq ans, la Clinique a vu à peu près 1100 à 1200 blennorrhagiens mâles. Les femmes ont été beaucoup moins nombreuses : soixante-dix, tout au plus. Or, parmi ces soixante-dix cas, nous avons rencontré en tout deux cas d'uréthrite aiguë avec la douleur en urinant, la tuméfaction du méat, l'infiltration du tissu péri-urétral, l'écoulement abondant, verdâtre ou jaune. Deux fois en tout,

nous avons rencontré le syndrome décrit comme représentant le type vulgaire.

Dans tous les autres cas, par conséquent, il s'agissait simplement d'urétrite chronique.

Comment était-elle caractérisée ? Les symptômes subjectifs manquent presque totalement. Quelques femmes ont souffert antérieurement en urinant ; la plupart se plaignent d'avoir des pertes. Ces pertes sont jaunes, rarement jaune vert, empèsent le linge ; elles sont en grande partie d'origine utérine. Un tel symptôme ne doit attirer votre attention que lorsqu'il est apparu récemment et inopinément chez un sujet qui n'y est pas accoutumé. On pourrait presque dire que le meilleur signe de l'urétrite blennorrhagique de la femme, c'est la chaude-pisse de l'amant ou du mari.

Si on examine les malades, on constate d'ordinaire une absence presque complète de signes appréciables. Souvent, on peut ramener par la pression exercée d'avant en arrière sur la paroi inférieure du canal urétral une légère sécrétion blanche ou louche ; mais cette sécrétion existe indépendamment de la blennorrhagie chez bien des femmes jeunes ou vieilles, tandis qu'elle paraît nulle chez d'autres qui sont atteintes. Seul, le microscope peut permettre de poser un diagnostic ; avec une petite curette mousse, vous allez gratter doucement la paroi urétrale et vous examinerez soigneusement le liquide ramené. Bien entendu, vous faites en sorte que la malade n'ait pas uriné depuis longtemps ; vous avez aussi pu exciter la veille l'urétrite par un peu de bière ou par quelques gouttes de solution de nitrate d'argent. Mais il n'y a point d'autres signes de blennorrhagie que la présence du gonocoque dans les produits de sécrétion de l'urèthre, de l'urèthre ou de ses diverticules.

Il y a deux sortes de diverticulites blennorrhagiques chez la femme : les diverticulites endo-uréthrales et les juxta-uréthrales.

Les diverticulites endo-uréthrales passent souvent inaperçues ; ce sont elles qui rendent certains cas singulièrement rebelles à toute médication ; ce sont elles aussi, probablement, qui sont souvent responsables des indurations péri-uréthrales que l'on rencontre quelquefois dans les cas très invétérés. Il arrive souvent que les diverticules infectés s'ouvrent dans l'urèthre, assez près du méat, pour qu'on puisse en apercevoir les orifices et en faire le cathétérisme.

Les diverticulites juxta-uréthrales occupent les deux invaginations ouvertes de chaque côté du méat et connues sous le nom de diverticules de Guérin. Ces petits pertuis sont presque toujours

envahis, quand ils existent, si du moins l'urèthre est pris ; mais il peut arriver qu'eux seuls soient encore malades parce que, d'ordinaire, le traitement les néglige.

Le traitement de l'urétrite blennorrhagique chez la femme est simple, mais exige des soins minutieux. Les balsamiques la modifient rapidement et puissamment (copahu, opiat, santal) ; mais souvent ils n'arrivent pas à réaliser une guérison complète et définitive. Il faut alors agir directement, soit avec des solutions fortes de résorcine (à 1/20) portées directement sur toute la muqueuse malade, soit avec le nitrate d'argent. On peut utiliser le crayon en le laissant en contact pendant quelques secondes seulement. Mieux vaudrait instiller avec une seringue de Braun quelques gouttes de la solution à 1/20 et même à 1/15. Si les diverticules sont pris, on fait en sorte que le liquide y pénètre complètement. Il faut généralement dix à douze jours d'un traitement quotidien pour arriver à faire disparaître les gonocoques. Nous supposons, bien entendu, qu'il n'y a pas de cystite ou que cette dernière a été traitée et guérie soit par la térébenthine, soit par les lavages au nitrate d'argent à 1/500, si faciles à pratiquer ici.

V. — Vous savez combien est solide et résistante la muqueuse du vagin, combien en sont rares les chancres syphilitiques ou simples. Cette immunité relative vis-à-vis les grandes infections vénériennes se retrouve quand il s'agit de la blennorrhagie, et elle s'explique de la manière la plus simple par la structure histologique, pavimenteuse stratifiée de l'épithélium. En fait, et sauf exceptions, on peut dire que la vaginite gonococcique n'existe pas. Je ne l'ai pas encore rencontrée et je suis ici d'accord avec tous les observateurs. Est-ce à dire que la vaginite n'existe pas au cours de la blennorrhagie ? Nullement. En effet, on trouve souvent une inflammation plus ou moins violente de la muqueuse avec sécrétion purulente abondante, avec production de plaque granuleuse d'apparence suintante, etc. Mais ce sont des altérations satellites, transitoires, et qui, d'ordinaire, cèdent rapidement au traitement le plus simple, à un simple tamponnement sec, par exemple. Si, dans le pus du vagin, on trouve des gonocoques, ils viennent constamment de l'utérus. En un mot, il y a des vaginites chez les blennorrhagiennes ; il n'y a pas de vaginite blennorrhagique.

VI. — L'ensemble de l'appareil utéro-ovarien constitue le deuxième repaire de la blennorrhagie féminine. La maladie peut être limitée à la cavité cervicale — étendue en outre au corps — étendue

enfin à la totalité du canal génital depuis le museau de tanche jusqu'au pavillon tubaire. Enfin, des complications gonococciques peuvent frapper la séreuse péritonéale.

La blennorrhagie utérine est fréquente ; on la trouve dans plus de 60 0/0 des cas. Le plus souvent elle est associée à l'urétrite spécifique ; beaucoup plus rarement, on découvre la maladie dans l'utérus seul.

VII. — La cervicite constitue la modalité banale de la gonococcie utérine. Elle est aiguë ou chronique.

Aiguë, nous la rencontrons assez rarement dans notre champ d'observation ; les malades offrent à l'inspection un col énorme, oedémateux, rouge, douloureux ; de son orifice s'écoule une sécrétion purulente, abondante et épaisse. Les phénomènes généraux sont ceux de la métrite cervicale : douleur, pesanteur de reins. Inutile d'insister sur l'abondance des pertes qui tachent le linge en vert.

Constamment, ou à peu près, la cervicite blennorrhagique aiguë s'accompagne d'accidents objectivement semblables sur la vulve et le vagin. C'est, en somme, la variété classique la plus facilement reconnue, mais non la plus importante, ni la plus grave.

Les variétés intéressantes sont celles dont vous pouvez voir récemment encore trois exemples dans la salle Sainte-Cécile, c'est-à-dire les variétés subaiguës ou chroniques, larvées. Il est du reste complètement impossible de leur reconnaître et de leur décrire une physionomie quelque peu personnelle. Ce sont des métrites cervicales aussi vulgaires, aussi banales que possible ; la forme du col est commandée par ses antécédents, conique ou pointu : à orifice circulaire chez les nullipares, il peut être largement fendu et ouvert chez les femmes qui ont eu des enfants. Je pense que la blennorrhagie est incapable de créer à elle seule l'érosion classique. Chez les nullipares, on note parfois une exulcération légère, superficielle, qui n'a rien de commun avec la lésion de l'éversion cylindrique. Le liquide qui s'écoule du col peut être peu abondant, rarement très purulent, le plus souvent glaireux ; mais cet exsudat glaireux est louche, strié de grumeaux, de pus, et c'est dans ces grumeaux qu'on retrouve le gonocoque. On le retrouve surtout pendant les premiers jours qui suivent l'écoulement menstruel. Ici, la recherche du gonocoque offre des difficultés et surtout des incertitudes ; mais, en général, on peut dire que, quand il existe, les autres microbes sont rares ; c'est un fait remarqué depuis longtemps. Il faut, bien entendu, exiger des caractères aussi nets que

possible : le siège intra-leucocytaire, l'accouplement, la multiplicité doivent être indubitables.

La métrite cervicale blennorrhagique pure, indépendante de la métrite totale, n'est pas aussi rare qu'on le croit. Nous l'observons surtout chez les femmes qui n'ont pas eu de grossesses ; il semble que l'effacement gravide du col abolit la frontière entre la cavité cervicale et la cavité corporéale, et ouvre définitivement celle-ci à toutes les infections qui peuvent atteindre la première.

Cliniquement, la cervicite pure se caractérise assez bien par l'absence de métrorrhagie, de douleurs, de phénomènes graves en un mot. La leucorrhée purulente est le seul symptôme.

Le traitement est simple et efficace. Il suffit de cautériser la cavité cervicale quotidiennement avec le crayon de nitrate d'argent, ou avec une solution concentrée de chlorure de zinc ; cette dernière s'applique facilement avec le porte-coton de Playfayr. Puis on introduit un crayon d'iodoforme et on applique un tampon de gaze iodoformée. Bien entendu, on s'abstient de toute irrigation avec des solutions de sublimé. Vous savez que c'est une règle constante et souvent oubliée dans la pratique : qu'il ne faut jamais faire des lavages avec une solution mercurielle dans un vagin où il y a de l'iodoforme, sous peine de l'exposer à des vaginites fort désagréables.

VIII. — La métrite vraie, totale, l'endométrite blennorrhagique n'est et ne peut être que le résultat de l'extension de la cervicite blennorrhagique. C'est là un accident déjà grave et bien fréquent, moins fréquent peut-être que ne le croient les gynécologistes et les chirurgiens. Ces derniers en voient en effet un grand nombre, mais ils ne peuvent guère observer que les cas où s'est produite l'infection de l'endométrium et des annexes. Les autres faits, ceux de blennorrhagie simple ou de cervicite restreinte, échappent à leur observation, et nous les rencontrons beaucoup plus souvent qu'eux.

L'endométrite blennorrhagique ne comporte aucune espèce de symptôme spécifique. C'est une endométrite vulgaire, accompagnée de sécrétions purulentes, parfois très abondantes, mais difficiles à distinguer de celles qui proviennent de la seule cavité cervicale. La physionomie clinique spéciale est caractérisée par les hémorrhagies. C'est, en effet, une métrite hémorrhagique, mais le type en est différent de la métrite hémorrhagique post-abortive, par exemple. Ici les pertes sanguines sont moins abondantes, mais, parfois, presque constantes ; il y a métrorrhagie, mais surtout ménorrhagie. Les

règles sont très prolongées, souvent douloureuses ; elles coïncident avec des phénomènes du côté du petit bassin. Ce ne sont pas des métrorrhagies de fibrome ; elles n'ont pas de caillots, le sang est souvent mélangé à du pus. Enfin, l'utérus n'est pas allongé, ou infiniment peu. Au toucher, il est un peu plus volumineux, un peu sensible, plus ou moins mobile suivant la présence et le degré de l'annexite satellite. La seule présence du gonocoque dans les sécrétions définit la nature de l'affection. Or, nous ne savons guère si le pus examiné provient du col ou du corps ; mais nous sommes parfaitement autorisés à admettre que, s'il y a une endométrite compliquant une cervicite blennorrhagique, toutes deux relèvent du gonocoque.

La marche de l'endométrite blennorrhagique n'a rien de bien spécial ; elle est éminemment chronique et récidivante, et trop souvent, elle est comme effacée par l'intensité des accidents salpingo-ovariens. Cependant, on peut assez exactement distinguer deux grand types. Tantôt l'ascension de l'infection dans l'endomètre s'opère subrepticement, sans fracas, lentement, en respectant momentanément les trompes ; tantôt on se trouve en présence de blennorrhagies rapidement ascendantes qui, dans l'espace de quelques semaines, s'étendent à toute l'étendue de la muqueuse génitale. Cette forme s'observe chez toutes les femmes ; mais bien plutôt chez celles qui ont eu des enfant et principalement quand le dernier accouchement a précédé d'un temps relativement court l'inauguration de l'infection blennorrhagique. L'accouchement même influe directement, non sur la réalisation de la blennorrhagie, mais sur la physionomie clinique qu'elle adopte ; on voit très bien des cervicites blennorrhagiques latentes et persistantes envahir rapidement l'endomètre blessé par la chute des caduques et affecter une forme ascendante et infectieuse des plus marquées.

Le traitement de l'endométrite blennorrhagique comporte des indications précises : il faut désinfecter la cavité corporale. Le meilleur, sinon le seul moyen, est de dilater l'utérus et de faire un curetage accompagné d'une désinfection soignée par la teinture d'iode, l'acide chromique, etc. Pour nous, nous préférons les solutions fortes, concentrées, de chlorure de zinc, introduites avec un porte-coton. Je n'ai pas à décrire le manuel opératoire du curetage. Une dernière question se pose : doit-on toujours faire ce curetage ? Si l'endométrite n'est pas compliquée d'annexite on peut répondre affirmativement sans hésiter. S'il y a annexite il faut distinguer : une trompe dilatée contenant du pus ou un exsudat quelconque, baignée dans des adhérences ayant présenté des signes

d'infection violents, est une contre indication relative, en ce sens qu'il faut procéder avec un redoublement de prudence, d'antisepsie et de délicatesse opératoire dans l'intervention ; je crois, pour ma part, qu'on peut et qu'on doit encore essayer le curettage dans ces cas, s'ils sont accompagnés d'endométrite franchement apparente. S'il s'agit d'annexite légère, récente, sans gravité momentanée, le curettage est complètement autorisé, à mon avis du moins. Il est évident que, dans l'un et l'autre cas, on ne peut s'attendre à des résultats aussi favorables que s'il s'agissait d'endométrite pure.

IX. — Déjà, Messieurs, nous avons fait assez d'allusions à la propagation de la blennorrhagie dans les trompes pour que vous ayez pu pressentir l'importance considérable de cette localisation. Elle constitue ce qu'on pourrait appeler la modalité chirurgicale de la blennorrhagie de la femme. Je n'ai donc pas l'intention de vous en parler aussi longuement qu'il le faudrait pour vous en donner une connaissance même suffisante. Quelques mots seulement. En soi, la salpingite blennorrhagique présente une série de variétés anatomiques et cliniques. Tantôt elle est surtout interstitielle, adhésive, peu volumineuse, sans collection, éminemment insidieuse ; la marche en est capricieuse et inégale ; elle persiste sans accidents graves pendant des mois et des années, immobilisant et stérilisant les jeunes femmes qui en sont atteintes. Tantôt, au contraire, il y a de véritables pyosalpinx ou des salpingites séreuses ; le volume en est relativement considérable si on le compare à celui des autres variétés de salpingites septiques, et le pronostic plus bénin, tout en restant réservé.

C'est surtout dans la marche générale de l'affection que l'on peut discerner des différences. Dans de nombreux faits, la salpingite est peut-être le seul symptôme de la blennorrhagie : ainsi, chez les jeunes femmes infectées lors de leur mariage par des maris dont l'urèthre a conservé des vestiges larvés d'une virulence qu'ils ne soupçonnent pas. Les symptômes uréthraux ont manqué, ont passé inaperçus ou n'ont pas été définis. Les sujets n'ont pas été examinés ; ils arrivent avec de la métrite et de l'annexite. Chez d'autres on voit évoluer les formes ascendantes complètes que je vous signalais tout à l'heure. Chez d'autres enfin, la poussée de pelvi-péritonite gonorrhéique, survenue à une période quelconque, achève de modifier la conception que l'on possède habituellement de la maladie, et la péritonite blennorrhagique usurpe toute l'attention.

Le traitement de la salpingite blennorrhagique n'est pas entiè-

rement de notre ressort. Cependant nous ne les abandonnons pas immédiatement au fer des chirurgiens. Comme je vous l'ai dit, la désinfection utérine, jointe aux injections chaudes, au repos, à la révulsion répétée sur l'abdomen, nous donne encore bien souvent les meilleurs résultats. En général, je pense qu'il faut faire suivre le traitement conservateur pendant au moins trois mois avant de conseiller une intervention sur les trompes. Je suppose, bien entendu, qu'il n'existe aucun signe d'abcès intra ou péri-tubaire. Dans ce dernier cas, l'indication fournie par la présence du pus prime toutes les autres.

Mais le traitement de la blennorrhagie féminine doit avoir son premier temps dans la guérison de la chaudepisse de l'homme. C'est une question de prophylaxie. A aucun prix ne laissez se marier un homme porteur de goutte militaire, sans vous être assurés d'une manière absolue que cette sécrétion n'est ni gonococcique, ni même sensiblement purulente.

Il faut vous souvenir que la blennorrhagie n'est pas seulement une affection des individus, mais encore un redoutable danger pour l'espèce.

REVUE DE LA PRESSE

De la péricystite

Par le M. D^r CH. ROERSCH.

La péricystite est l'inflammation du tissu cellulaire périvésical. C'est dire déjà qu'elle ne constitue pas une maladie bien définie dont on pourrait faire la description sur le mode habituel ; elle peut être idiopathique ou constituer l'accident principal, mais elle n'est guère en général qu'une lésion secondaire aux inflammations de la paroi vésicale ou du péritoine qui la recouvre, ou propagée de quelque cellulite pelvienne diffuse ayant pour point de départ l'un ou l'autre organe baignant dans le tissu conjonctif du bassin, soit l'utérus et ses annexes, soit le rectum ou une anse d'intestin grêle, soit tout spécialement l'appendice vermiculaire.

Cette cellulite périvésicale propagée, tout en affectant souvent les mêmes symptômes et la même marche que la péricystite vraie, d'origine vésicale, doit en être rapprochée, mais nettement distinguée ; c'est en réalité une fausse péricystite.

La lésion qui nous occupe peut se présenter sous les formes les plus diverses : aiguë, séreuse ou phlegmoneuse, subaiguë ou lente et chronique, scléreuse, si lente même qu'elle ne constitue plus

pour ainsi dire une inflammation, mais aboutit à la transformation à la dégénérescence du tissu lamelleux normal qui s'épaissit, devient fibreux et se charge de graisse ; ou bien, se compliquant de suppurations qui s'ouvrent à l'extérieur, dans le rectum ou dans la vessie, établissant des communications, créant des fistules ; ou bien encore, s'étendant au péritoine, provoquant des adhérences et l'apparition de fausses tumeurs.

Souvent masquée par la lésion dont elle dépend, passant souvent inaperçue, la péricystite n'en est pas moins importante à connaître, parce qu'elle peut réagir indirectement sur la séméiologie et la marche de l'affection qu'elle vient compliquer, ou parce qu'elle peut faire naître des difficultés dans le diagnostic et être cause d'erreurs qu'il n'est malheureusement pas toujours facile d'éviter.

Certains livres des plus récents et des plus complets ne font aucune mention de la péricystite : le nouveau traité de chirurgie de *Duplay* et *Reclus*, notamment ; d'autres n'en parlent qu'incidemment sans paraître y attacher la moindre importance. *Guyon*, dans ses leçons cliniques ; *Albarran*, à propos du diagnostic des tumeurs vésicales ; *Ultzmann*, qui étudie assez complètement la *paracystite* dans la *Deutsche Chirurgie* ; *Hallé* surtout, qui décrit très complètement dans un excellent article paru en 1892, dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, les lésions de la péricystite chronique, m'ont fourni les principaux éléments de cette courte étude dont bien des points leur sont simplement empruntés.

Le tissu cellulaire périvésical varie d'aspect suivant les régions. Le péritoine n'adhère intimement à la vessie qu'à son sommet et à la partie voisine de sa face postérieure. Dans le restant de ses rapports avec elle, il est séparé de sa paroi musculaire par une couche de tissu cellulaire lâche, lamelleux, dépourvu de graisse à l'état normal. Dans tout le reste de son étendue, la vessie plonge dans le tissu conjonctif sous-péritonéal ; en avant, c'est un tissu cellulo-graisseux très lâche qui la sépare du pubis, créant une sorte de cavité virtuelle décrite par *Retzius*, dans laquelle peuvent s'accumuler les exsudats pathologiques. La base de la vessie, ses faces latérales dans leur partie dénudée de péritoine plongent dans un tissu plus dense mêlé de fibres musculaires et de lobules adipeux qui la relie à l'extrémité inférieure des uretères, aux vésicules séminales, à la prostate, au cul-de-sac recto-vésical, au rectum et aux parois de l'excavation.

Dans la péricystite aiguë, le tissu périvésical s'enflamme, devient dur, s'infiltre d'un exsudat que l'on peut sentir au-dessus de la symphyse, par le rectum ou le vagin, que la vessie soit distendue ou à l'état de vacuité. Cet exsudat peut être généralisé, très étendu ou localisé à certains points ; c'est ainsi que l'inflammation de la cavité de *Retzius*, inflammation presque toujours phlegmoneuse,

constitue un type bien décrit de péricystite localisée, bien connue au point de vue clinique.

Parfois l'inflammation paraît être primaire, succédant à un refroidissement ou à un traumatisme et s'établissant avec des symptômes généraux et de vives douleurs spontanées et à la miction ; mais plus généralement elle fait suite à une lésion préexistante de la vessie, phlegmasie aiguë ou chronique, ulcération traumatique ou néoplasique ; c'est ainsi que la cystite muqueuse ou interstitielle, la lithotripsie, les plaies vésicales, une déchirure par cathétérisme, sont parfois suivies de péricystite, plus souvent peut-être qu'on ne le suppose, dans ses formes localisées, l'affection n'ayant aucun symptôme pathognomonique, pouvant évoluer insidieusement et étant souvent masquée par la lésion principale ; elle n'est cependant pas sans conséquences : la vessie peut être gênée dans son expansion, dans ses contractions, ce qui doit provoquer des douleurs, des mictions fréquentes, ce qui, joint à la compression exercée par l'exsudat, peut, dans quelques cas exceptionnels, conduire à la rétention. En comprimant l'extrémité inférieure des uretères, elle peut gêner le cours de l'urine, faire naître de la congestion des reins, cause d'albuminurie ou même d'hématurie. Si même l'urine était claire au début, elle ne tarde pas à se charger de pus.

Le péritoine peut participer au processus, en imprimant aux symptômes sa note spéciale ; c'est ainsi que *Kœnig* distingue l'épicystite et la cysto-péritonite suivant l'étendue et la gravité de cette complication qui peut en effet se limiter à la séreuse vésicale, s'étendre au cul-de-sac de Douglas ou se généraliser, et qui ne se distingue des autres péritonites pelviennes que par son origine. Ces faits sont évidemment des plus rares.

La péricystite, tout comme la paramétrite dont elle se rapproche à tant d'égards, peut se terminer par résolution, mais passe plus souvent qu'elle à la suppuration, ce qui peut s'expliquer par les tiraillements continuels que les contractions de la vessie impriment aux tissus enflammés. La suppuration s'annonce par ses signes habituels et un œdème mou, pâteux, ou un point de fluctuation se sent dans le vagin, le rectum, au périnée ; le pus s'échappe à l'extérieur ou se fait jour dans la vessie et souille l'urine d'une façon continue ou intermittente jusqu'à la cicatrisation de l'abcès.

Mais celui-ci peut ne pas tendre à la guérison, il peut s'infiltrer d'urine et, par inflammation et ulcération progressives, finir par s'ouvrir dans le rectum ou une anse d'intestin grêle adhérent à sa paroi. Dans ces cas, en effet, la cysto-péritonite serait de règle. On voit alors apparaître dans l'urine des matières fécales ou des gaz intestinaux ; l'odeur fécaloïde que présente parfois l'urine, n'est pas toujours l'indice d'une communication avec l'intestin.

La péricystite chronique est une lésion fréquente dans ses

formes atténuées ; il n'est guère de cystite chronique qui n'en soit accompagnée à quelque degré. La séreuse adhère plus intimement et sur une plus grande étendue ; le tissu cellulaire, lamelleux normal est remplacé par un tissu fibro-adipeux, dense, disposé en plaques disséminées dont l'épaisseur varie de quelques millimètres à un centimètre. D'autres fois, cet épaississement est étendu à tout l'organe. La production fibro-lipomateuse est un des caractères des inflammations chroniques de l'appareil urinaire ; on l'observe autour du rein, à un degré beaucoup plus marqué, dans les pyélonéphrites anciennes ; on la retrouve autour de l'uretère dans certaines formes d'urétérite.

Dans certains cas, la production lipomateuse peut devenir assez abondante pour former une vraie tumeur péricystique située d'habitude au sommet de la vessie et perceptible au palper abdominal ; mais le tissu fibro-adipeux s'amasse aussi fréquemment à la base de la vessie, sur ses parties postéro-latérales, au dessus de la base de la prostate et des vésicules, autour de la partie inférieure des uretères, englobant intimement tous ces organes. Ainsi se trouvent constituées deux masses postéro-latérales symétriques, très dures, accessibles au toucher rectal, et devant en imposer souvent pour des hypertrophies prostatiques, des tumeurs ou des vésiculites chroniques.

Ces lésions de péricystite se compliquent souvent de suppuration ; on trouve alors un ou plusieurs abcès enkystés au milieu du tissu scléro-adipeux, en différents points de la région péri-vésicale. Tantôt ce sont de petits abcès multiples, simples gouttes de pus enkystées, tantôt des collections plus volumineuses creusées en plein tissu fibreux et limitées par la paroi vésicale ou le péritoine et des anses intestinales adhérentes. Ces abcès sont ordinairement méconnus pendant la vie, ils évoluent donc insidieusement.

Ils peuvent néanmoins s'ouvrir largement dans la vessie, mais il est plus probable encore que la vessie elle-même se met en communication avec leur intérieur par ulcération progressive ; abcès et perforation ne seraient que des étapes successives d'un même processus.

La perforation est en général, quelle que soit sa cause, suivie de l'apparition d'une péritonite chronique, circonscrite et adhésive. On l'observe aussi, bien que plus rarement, dans la péricystite simple ou dans la péricystite suppurée, mais elle est constante dans la péricystite avec perforation. Ces adhérences portant sur l'intestin grêle, l'S iliaque, le rectum, l'appendice cœcal, le bord inférieur de l'épiploon constituent une véritable tumeur, fausse tumeur cependant, perceptible à la palpation ou au toucher bimanuel. C'est en réalité le dernier terme des lésions de la péricystite.

En s'ouvrant secondairement dans le rectum ou l'intestin grêle, l'abcès peut créer une fistule vésico-intestinale. D'après *Guyon*, la communication fistuleuse suivrait plus souvent la voie inverse et succéderait d'habitude à une lésion intestinale envahissant en second lieu, par l'intermédiaire d'un abcès enkysté, la paroi de la vessie.

Dans la cystite tuberculeuse, la péricystite est le plus souvent simple scléro-adipeuse ; elle vient renforcer la paroi dégénérée. On peut, évidemment, rencontrer toutes les autres formes ; j'ai pu suivre un malade chez lequel s'est produit une perforation vésico-intestinale par l'intermédiaire de lésions de cellulite limitées au bas-fond de la vessie.

Albarran, dans son livre sur les tumeurs vésicales, attire l'attention sur la péricystite des néoplasiques ; elle peut être, dit-il, scléreuse, suppurée, ou adipeuse ; elle s'observe dans les vieux néoplasmes infectés tout particulièrement en arrière de la vessie où il n'est pas rare de trouver une masse celluleuse indurée qui englobe les vésicules séminales ; pareille lésion, dit *Albarran*, mérite d'être signalée, car elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic quand, par le palper combiné, on essaie d'apprécier le volume d'une tumeur.

La pathogénie de la péricystite est assez simple ; elle succède par voie de propagation directe aux cas de cystite chronique interstitielle ou bien l'inflammation s'allume par voie lymphatique ; cette infection par lymphatiques explique aussi les abcès enkystés non-communicants ; les autres s'expliquent d'eux-mêmes ; la néoformation ou l'hyperplasie du tissu graisseux est une lésion de nutrition dont le mécanisme intime est difficile à préciser.

Hallé se demande aussi si les lésions de péricystite chronique ont une influence sur les cystites anciennes qu'elles compliquent ; il admet qu'en gênant la distension de la vessie, en provoquant des tiraillements continus, elles doivent contribuer fortement à la diminution de la capacité vésicale, à la fréquence des mictions et aux douleurs. Une autre conséquence possible est la suppression de l'espace prévésical, l'adhérence du cul-de-sac péritonéal antérieur qui peuvent gêner le refoulement de la séreuse et la distension de la vessie au cas d'intervention chirurgicale. Les adhérences de la vessie avec les organes voisins peuvent entraver aussi sa rétraction complète et favoriser la stagnation de l'urine qui peut entretenir ou aggraver l'inflammation. Enfin, les masses indurées de la péricystite de la base peuvent contribuer au développement d'une urétéro-pyélie.

Telles sont, sommairement décrites, les lésions de la péricystite ; leur importance n'échappera pas au chirurgien qui devra toujours les avoir en vue en faisant l'examen d'un cas de cystite chronique ;

le toucher rectal ou vaginal, le palper combiné, faits dans l'état de distension et de vacuité de la vessie permettront d'habitude de les déceler ou de les soupçonner ; c'est à elles qu'il faut penser si une tumeur est appréciable, avant de s'arrêter au diagnostic d'une néoplasie véritable qui, beaucoup plus rarement, est sensible au doigt, à moins de s'imposer par des symptômes cliniques évidents. Toujours, il faut penser à la combinaison possible des deux processus et tâcher de démêler la part qui revient à chacun d'eux dans l'état relevé par l'examen. Autant de questions difficiles à résoudre, mais qu'on doit se poser et qu'on doit discuter avec soin si on ne veut s'exposer à des erreurs qui peuvent être aussi préjudiciables au malade qu'à la réputation du médecin.

J'ai eu l'occasion de suivre, il y a quelque temps à l'hôpital de Bavière, un cas très intéressant de péricystite aiguë dont mon ami le Dr Polis a bien voulu me confier l'observation :

Il s'agit d'une femme de 38 ans, très bien constituée, fille de ferme et forte travailleuse qui, dans le courant du mois d'août dernier, fut prise de douleurs très violentes dans le bas-ventre, douleurs presque subites, tant elles s'exaspérèrent vite. Le médecin, appelé auprès d'elle le lendemain, constata la présence d'une hernie inguinale droite au niveau de laquelle les douleurs étaient plus marquées et qu'il ne put réduire qu'avec l'aide d'un de ses confrères. La hernie était peu volumineuse et la patiente prétendit ne jamais s'en être aperçue auparavant. Après la réduction, les douleurs s'amendèrent mais sans disparaître complètement ; le port d'un bandage prescrit par les médecins ne fit que les augmenter. Elles s'aiguisaient par intermittence sans jamais cesser complètement et furent rapidement suivies de l'apparition de « besoins fréquents d'uriner et de douleurs à la miction. » A ce moment, les urines étaient claires. » En même temps, la malade accusait de l'abattement, de l'inappétence et une sensation de fièvre à certains moments. Le Dr Baivier, de Dinant, appelé à la voir, diagnostiqua une congestion vésicale et prescrivit le repos absolu, un régime convenable, des bains de siège, des irrigations vaginales chaudes et des compresses sur le ventre. Ce traitement, si bien approprié à l'état de la malade, la soulagea immédiatement, mais elle n'avait pas le temps de se soigner, reprit son service malgré tout et vit bientôt s'exaspérer ses douleurs qui reprirent leur intensité première ; les symptômes vésicaux devinrent aussi des plus pénibles : « dès ce moment, les urines furent troublées » au début par intermittence, puis d'une façon continue. A certains jours, m'écrivit le Dr Baivier, c'était du vrai purin à odeur repoussante. Rappelé, notre confrère prescrivit des boissons abondantes additionnées de bicarbonate et de benzoate de soude, du salol, et fit quelques lavages vésicaux qui n'amenèrent pas d'amélioration ; la malade, s'affaiblissant et maigrissant de jour en jour, souffrant cruellement, le traitement étant des plus difficiles dans les conditions où elle se trouvait, il se décida à l'envoyer à l'hôpital. Entre temps, elle avait été vue par un autre médecin qui diagnostiqua un carcinome utérin.

A son arrivée à la clinique, la patiente était dans un assez triste état ; les signes vésicaux dominaient la scène, elle devait uriner tous les quarts d'heure, la nuit comme le jour, et la miction était suivie de contractions très douloureuses, une grande sensibilité existait dans le bas fond de l'abdomen. Les urines étaient fort troubles, comme des urines de bactériurie, parfois suivies de l'élimination de quelques gouttes de pus ; par le repos, elles

abandonnaient une couche très épaisse de muco-pus et ne se clarifiaient pas complètement. L'examen microscopique révéla la présence d'une infinité de bactéries : bacilles isolés et en chaînettes, microcoques et streptocoques, des globules de pus en grande abondance, pas de sang, albumine en rapport avec la quantité de pus. Réaction acide peu prononcée.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecins des hôpitaux. Sont admis à prendre part à la seconde épreuve, les candidats ayant un minimum de 18 points, et parmi ceux ayant obtenu 17 points: MM. Bruhl, Legry, Méry et Triboulet.

Concours pour les prix à décerner en 1897 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1898. — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 18 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1^{er} septembre, jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE. — Dix lits, système Herbet, sommiers en fer, en parfait état, à vendre actuellement dans d'excellentes conditions. S'adresser, 15, rue Malebranche.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholériforme, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de Carabâna qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorroïdes, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

Véritables **GRAINS de SANTÉ de D^r FRANCK**
Aloés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

De l'ascite des jeunes filles

Par M. BOUILLY (hôpital Cochin)

Cruveilhier, le premier, a décrit sous le nom d' « ascite des jeunes filles » une variété d'ascite se produisant à l'époque de la puberté ou dans les années qui suivent. Cet auteur en fit une affection idiopatique, car l'épanchement intra-péritonéal paraît constituer toute la maladie ; il apparaît souvent sans troubles prémonitoires ; après un temps plus ou moins long, pendant lequel il peut subir des variations dans sa quantité ou rester stationnaire, il est capable de se résorber et de disparaître.

FEUILLETON

De l'influence des sens sur les fonctions génitales. — Le nez dans ses relations avec l'appareil sexuel.

Nous ne sommes pas de ceux qui trouvons matière à raillerie dans les traditions ou les expressions du domaine populaire. Sous une apparence fruste on découvre des trésors de bon sens dans une multitude de proverbes qui, avant réflexion, nous porteraient plutôt à sourire. Combien de fois avons-nous exprimé le désir qu'un savant, épris de curiosité, soumit au creuset de l'analyse les remèdes dits de *bonne femme* pour en déceler

l'élément actif ? Un travail de sélection de même genre, mais dans un autre ordre d'idées, ne devrait-il pas être tenté pour les dictons, par exemple, qui, dans leur naïf langage, en disent parfois si long sur les mœurs et les usages d'un peuple ou d'une race ou qui expriment sous une forme concise et synthétique une vérité physiologique ? Ainsi, qui ne reconnaît, pour les avoir maintes et maintes fois entendues, ces phrases qui, sans avoir reçu la consécration de l'Académie, sont passées dans le langage courant : « Je ne peux pas la sentir.... Elle me p... au nez. » Ou encore celle-ci, moins triviale, plus adoucie : « Il se laisse conduire par le bout du nez... elle le mène par le nez. » Un

Depuis Cruveilhier on a peu parlé de cette affection ; son authenticité a même été discutée.

M. Bouilly pense que cette variété d'ascite doit être attribuée à la tuberculose des trompes et des ovaires et consécutivement du péritoine. A l'appui de cette idée il a constaté, à ce qu'il rapporte dans la *Semaine Gynécologique*, que dans ces cas il y avait une véritable tuberculose locale des organes génitaux profonds plus au moins propagée au péritoine suivant l'intensité et l'ancienneté des lésions. C'est ce que lui ont montré de nombreuses laparotomies.

Si l'on examine, dit-il, les lésions de près, on ne peut se défendre de l'idée que la tuberculose a d'abord envahi la trompe, les lésions y sont portées à leur maximum et y paraissent plus anciennes qu'en tout autre point ; la cavité tubaire est remplie de pus ou de magma caséeux ; ses parois sont infiltrées de granulations ou de petits foyers ramollis ; le péritoine péri-salpingé est farci de granulations tuberculeuses à un degré moins avancé. Même semis de granulations sur l'ovaire, sur les ailerons du ligament large, sur l'utérus et le péritoine pelvien. Mais l'abondance est toujours plus considérable sur les annexes qu'en tout autre point, et les granulations y sont véritablement confluentes. Quel que soit le mode d'entrée de la tuberculose, voie sanguine ou voie lymphatique, c'est sur les organes génitaux que semble s'être concentré et surtout localisé tout l'effort de l'envahissement tuberculeux.

On peut, au point de vue de l'étendue des lésions, considérer différents types. Dans un premier, le moins avancé, les trompes, les

autre proverbe dit, mais celui-là nous l'emprunterons aux Latins, si osés en la matière :

*Noscitur e labiis quantum sit virginis antrum
Noscitur e naso quanta sit hasta v.ro*

Vous devinez à présent qu'il existe une relation évidente entre l'appendice nasal et les organes sexuels, et que ces rapports ont été notés dès la plus haute antiquité ? De tout temps, en effet, on a remarqué qu'un grand nez était le signe d'une exceptionnelle puissance virile. Dans les satiriques de l'ancienne Rome, sous la plume de Martial et de Juvénal revient à tout instant ce parallèle. Dans la *Vie d'Héliogabale*, Lampridius raconte que

ce prince dissolu choisissait pour compagnons de ses infâmes débauches des jeunes gens dont le nez avait de respectables dimensions (1). Les physiologistes n'ont pas, du reste, essayé de nier la corrélation, la sympathie qui existent entre l'appareil de l'olfaction et celui de la reproduction.

« L'odorat, dit Cloquet, est en rapport immédiat avec les fonctions de la génération. »

« Il n'est pas sans intérêt de remarquer, observe Féré, que, quelle que soit l'odeur qui provoque une sensation agréable, les mouvements mimiques du nez et de la lèvre supérieure, en particulier, rappellent ceux

(1) Joal, *De l'Epistaxis génitale*, 6.

ovaires et le péritoine qui forme leur enveloppe séreuse sont seuls, ou a peu près, infiltrés et recouverts de granulations tuberculeuses.

A un degré plus avancé, aux lésions tuberculeuses de la trompe et de l'ovaire, s'ajoutent celles de l'utérus, des ligaments larges, du péritoine pelvien, des anses intestinales qui plongent dans le cul-de-sac recto-utérin.

L'utérus en particulier peut être farci de granulations dans son revêtement péritonéal.

Dans un troisième degré, le péritoine pariétal sous-ombilical, les anses intestinales situées au-dessous et jusqu'au niveau de l'ombilic sont recouvertes d'un semis tuberculeux.

Enfin, à un degré plus avancé, qui représente le summum des lésions, toute la cavité abdominale, contenant et contenu, est parsemée de granulations tuberculeuses, avec cette particularité que les lésions sont plus anciennes et plus avancées sur les organes génitaux et dans le petit bassin.

La présence et la quantité de l'ascite ne sont pas en rapport avec l'abondance et l'étendue de l'envahissement tuberculeux du péritoine; on peut constater un épanchement intra-péritonéal abondant avec une tuberculose encore localisée aux trompes, aux ovaires, et au péritoine voisin. C'est même d'après les observations de M. Bouilly, dans cette forme de tuberculose limitée aux annexes et au petit bassin, que l'on rencontre les ascites les mieux caractérisées et les plus abondantes. C'est à cette forme de lésions que correspond la maladie décrite par Cruveilhier.

qui accompagnent l'excitation génésique (2). »

« L'amour, écrit Mantegazza, a beaucoup de rapport mystérieux avec le sens de l'odorat. Dans le monde animal, les parfums sont souvent l'excitant le plus direct et le plus puissant de la lutte amoureuse, et, avant même que la femelle ait vu celui qu'elle recherche, les ailes du vent ont porté à ses narines l'odeur qui l'enivre de volupté. La nature a placé le musc, la civette, le castoréum et beaucoup d'autres substances odo-

rantes, de façon à montrer avec évidence à quelles fins elle les destine. Et les fleurs, qui nous ravissent par leur éclat si varié, ne nous disent-elles pas combien sont intimes les rapports qui lient l'odorat à l'amour, et les molécules odorantes aux mystères de la reproduction (1) ? »

C'est encore Cabanis qui écrit que « la saison des fleurs est en même temps celle des plaisirs de l'amour (4) », témoignant ainsi que les lois de la

(1) Mantegazza, *Physiologie de l'amour*, 149.

(2) Une dame très sensible aux odeurs disait : « J'éprouve tant de plaisir à sentir une fleur qu'il me semble que je commets un péché. » Mantegazza, *Physiologie de l'amour*, 151, note.

(2) Féré, *Pathologie des Emotions*, 439. Beaucoup de personnes ne peuvent visiter des fabriques de parfums, au dire de Mantegazza, sans éprouver des désirs particuliers.

Dans les cas, au contraire, où toute la cavité péritonéale est envahie par le processus tuberculeux, le plus souvent l'ascite fait défaut ; la cavité péritonéale n'existe plus, à proprement parler, comblée par les adhérences qui agglutinent les anses intestinales entre elles et avec la paroi abdominale ; en outre, le péritoine infiltré de granulations confluentes semble avoir perdu sa propriété de sécrétion et d'exsudation des liquides.

Laissant de côté cette forme de péritonite sèche, on voit que l'« ascite des jeunes filles » peut être définie une forme particulière de la tuberculose localisée aux annexes et au petit bassin, forme *ascitique*, à évolution froide et lente, pouvant se développer presque au milieu des apparences de la santé et sans apporter pendant longtemps beaucoup de changement à la vie ordinaire. Cette forme est caractérisée cliniquement par le développement et la présence d'un épanchement intra-péritonéal ayant la plupart des caractères généraux de l'ascite ; anatomiquement, par la tuberculose des annexes et un envahissement tuberculeux propagé plus ou moins au péritoine voisin. L'épanchement abdominal est facile à constater, sinon à reconnaître dans sa nature et dans son siège ; les lésions génitales peuvent passer tout à fait inaperçues.

Le type clinique est presque toujours le même et ne diffère guère d'un sujet à l'autre ; il s'agit de jeunes filles ou de jeunes femmes, dont l'âge s'étend de 13 ou 14 ans jusqu'à 28 ou 30 ans, limite déjà reculée ; le maximum de fréquence paraît être entre 16 et 24 ans : en général, les sujets sont vierges ou nullipares. Le plus souvent,

nature sont immuables et régissent le monde végétal aussi bien que le monde animal.

« Chez les animaux, a dit Longet, la liaison entre les fonctions olfactive et génitale est aussi incontestable qu'elle est intime. A l'époque du rut, les individus d'une même espèce devaient se rechercher mutuellement. Il leur fallait donc un moyen de se diriger les uns vers les autres, un moyen d'excitation, et la nature a pris soin de faire exhaler vers cette époque une odeur forte et spéciale aux organes sexuels de la plupart (1). »

Mais c'est un fait bien connu que, chez la plupart des animaux, une

(1) Longet, *Traité de Physiologie*.

odeur se dégage, au moment du rut, des organes génitaux ou des glandes qui les avoisinent. Les particularités qui suivent sont peut-être plus ignorées. « Chez certaines femelles destinées à reproduire des hybrides, on est quelquefois obligé de couvrir les yeux du mâle et d'imprégner la femelle qu'on veut faire saillir des parfums naturels d'une autre femelle préférée de ces mâles et choisie dans leur espèce. On fait habiter l'étrangère dans l'écurie de la sultane, à côté d'elle, durant plusieurs jours. On transporte au moment du coït, les produits de sécrétions féminins qui doivent tromper l'officiant, qu'on a préalablement mis dans l'impossibilité de voir la

sans douleurs ou après quelques crises douloureuses à répétition siégeant plus spécialement dans l'un des côtés du bas-ventre, l'abdomen augmente de volume d'une façon insensible et en plusieurs mois. Le développement de l'abdomen reste en général dans les limites moyennes ; la quantité de liquide ne dépasse guère 4 à 8 litres et n'atteint pas ordinairement les grandes proportions des ascites vulgaires ; la circonférence abdominale peut en outre être augmentée par une distension gazeuse plus ou moins grande. La malade pâlit, s'anémie, se décolore, peut présenter une légère bouffissure de la face, en même temps qu'elle s'amaigrit et semble frappée dans sa nutrition générale ; cependant, le plus souvent, elle n'est pas arrêtée et elle ne vient consulter que préoccupée par le développement exagéré de l'abdomen. Chez presque toutes ces malades, les règles sont supprimées ; il y a une véritable aménorrhée.

Le ventre ne présente pas les caractères ordinaires de l'ascite ; il n'est pas, en général, aplati vers le milieu et élargi au niveau des flancs ; plus souvent il est saillant en avant, déprimé sur les parties latérales ; on dirait d'un kyste de l'ovaire, et la confusion a été faite à diverses reprises.

En effet, dans l'ascite des jeunes filles l'intestin adhérent et fixé dans le bassin ne peut affecter avec le liquide les rapports ordinaires constatés dans l'ascite vraie, et par suite les signes fournis par l'examen direct sont troublants. Ainsi, en dépit de la présence incontestable du liquide, la sonorité à la percussion peut persister dans

concubine qu'on substitue à sa légitime. Souvent, dans ce cas, l'illusion est assez complète pour tromper le maître et seigneur. Si le mâle se doute de la fraude, il faut doucement éloigner la cavale adultère et mettre, à sa place, l'épouse préférée, la lui faire sentir et lui substituer promptement la première quand on croit l'illusion assez complète et le moment arrivé... (1) »

Une remarque qui a été souvent faite par les vétérinaires : lorsque le sens de l'olfaction est perverti chez un étalon, son ardeur est presque éteinte. De même, si la femelle

n'exhale pas une odeur *sui generis*, le mâle s'en éloigne (1). Ainsi le taureau se refusera à saillir une de ces vaches qu'on appelle des *vaches robinières*, dont le « relent ne lui monte pas au nez. » Aussi, pour surmonter cette antipathie, a-t-on imaginé d'aromatiser la région vulvaire de la femelle pour dissimuler sa véritable odeur. Chez les chevaux, on se sert, à cet effet, d'infusions très concentrées de sainfoin, de serpolet, de sauge, et autres foin aromatisés. Quelquefois on

(1) Notons, en passant, que Cabanis conseillait l'air des étables et des vacheries pour restaurer les forces des gens épuisés par des excès de coït. (*Rapports du Physique et du Moral*, t. II, 419-420.)

(1) Dr Galopin, *Le parfum de la Femme*, p. 160-161.

un des flancs ; les régions ombilicale et péri-ombilicale peuvent être mates au lieu de présenter la sonorité ordinairement fournie par la masse intestinale surnageant le liquide. Les divers changements de position imprimés à la malade, le décubitus latéral, n'apportent pas à la matité et à la sonorité, les modifications habituelles qu'entraîne le déplacement du liquide et de l'intestin. Le toucher vaginal ne permet pas de reconnaître de saillie liquide dans les culs-de-sac vaginaux, ni de ballotement utérin dans une masse fluide, car dans la plupart des cas ces culs-de-sac sont comblés et l'utérus fixé. En un mot, au lieu des caractères d'un liquide libre dans la cavité péritonéale, on a la notion d'une collection incluse et enkystée.

La difficulté est encore accrue par la résistance de la paroi abdominale instinctivement contractée sous la main qui explore.

Le diagnostic différentiel peut se faire en s'appuyant sur les points suivants : Dans cette forme d'ascite tuberculeuse, la quantité du liquide n'est pas toujours la même suivant les périodes où l'examen est pratiqué. La malade elle-même a conscience des variations de volume de son abdomen et l'examen fait à quelques jours d'intervalle peut faire constater dans les signes des différences et des variations qui ne peuvent être liées qu'à la diminution ou à l'accroissement de la quantité du liquide péritonéal. Pareil changement ne s'observe pas dans un kyste de l'ovaire.

A la palpation, la tuméfaction liquide est mal limitée ; elle fuit pour ainsi dire sous la main qui explore, n'offre pas de contours

pratique des injections vaginales avec ces mêmes substances, mais il est rare que le mâle s'en contente, préférant à tout le parfum naturel. Chez certaines espèces animales, ce parfum est, du reste, des plus pénétrants. Le musc, la civette, le castoréum et toutes les humeurs odorantes sécrétées par les follicules inguinaux voisins des organes sexuels, agissent par leur odeur et favorisent l'accouplement. Qui n'a observé les chiens se flairant avant de copuler ; l'étalon frottant ses nasaux avec du mucus de la vulve de la cavale (ce que les anciens appelaient l'*hippomane*) avant de commencer le combat amoureux (1) ?

(1) « Si, après avoir examiné des gre-

Les chats sont spécialement excités par l'odeur du *marum*, de la cataire (*nepeta cataria*), des racines de valériane et de serpentinaire de Virginie. Ils se roulent littéralement quand on leur en présente.

Rien de tel pour faire frayer les carpes que de leur frotter l'anus avec du musc ou de la civette. La civette réussit pareillement, au dire d'Olina, à faire chanter les rossignols en cage, sans doute parce qu'elle accroît leurs désirs. Les crapauds sont attirés par nouilles ou des crapauds femelles, dit Galopin, qui aurait été lui-même témoin de l'expérience, on plonge les mains dans l'eau, les mâles s'empressent d'accourir de loin et de les embrasser étroitement. » Dr Galopin, *loc. cit.*, 32.

bien nets; elle ne semble pas être localisée, mais elle est plutôt diffuse et étalée. A moins d'une collection volumineuse et tendue, la fluctuation peut rester douteuse et vague. A volume égal de l'abdomen, un kyste, sans parties solides, serait franchement et nettement fluctuant.

Si l'on fait asseoir la malade dans son lit, on peut, dans l'ascite, voir la paroi abdominale refoulée en avant faire saillie au niveau des muscles droits qui cèdent sous la pression intérieure du liquide et font poche en avant. Dans le kyste, la paroi abdominale peut être refoulée en totalité quand la malade se redresse dans son lit, mais elle ne cède pas spécialement au niveau des grands droits. Ce signe du refoulement des droits perd de sa valeur chez les jeunes sujets où l'ascite est en général de volume médiocre et chez qui les muscles de la paroi ont conservé leur tonicité.

L'âge des malades, les troubles de la santé générale, l'aménorrhée, le commémoratif de quelques poussées douloureuses et parfois fébriles ayant précédé ou accompagné le développement du ventre et la production du liquide, doivent être considérés comme éléments importants de diagnostic en faveur de l'ascite d'origine annexielle tuberculeuse.

En général la palpation est peu douloureuse; dans quelques cas seulement, elle réveille de la douleur dans les parties latérales, sur les bords de l'utérus, dans la région des annexes. Le toucher vaginal ne fournit d'ordinaire aucun renseignement; combiné au palper, il peut faire sentir, sur les côtés et en arrière de l'utérus, des indu-

les émanations de l'*anthemis cotula*, du *stachys palustra*, de l'*actea spicata*. L'odeur du *chenopodium vulvaria* provoque chez les chiens la sécrétion urinaire.

Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est qu'il est des plantes dont le parfum est modifié durant l'accouplement. Dans la *Botanique* de Duchartre, Morren a signalé de nombreux cas à l'appui de cette thèse. La plupart des orchidées perdent leur parfum une demi-heure après l'application du pollen (1). Le nom de la famille de ces

plantes, *orchis*, annonce assez à quoi se comparent les doubles bulbes de leurs racines, et l'odeur de sperme qu'elles exhalent n'est pas pour infirmer la comparaison. Plusieurs de ces végétaux, entre autres le salep, jouissent de vertus aphrodisiaques, non pas seulement parce qu'on a observé des analogies toutes fortuites de forme, ou des analogies d'odeurs, mais parce que leur action a été réellement constatée. Il est à noter que la plupart des végétaux qui exaltent les facultés génératrices sont des aromates.

(à suivre)

D^r CABANÈS

(1) Rivière a cité le *conophallus*, dont les fleurs femelles exhalent une odeur infecte jusqu'au moment où les fleurs y répandent le produit de leurs étamines.

rations et des tuméfactions, dont la présence est d'une haute valeur pour le diagnostic et permet de rattacher l'épanchement péritonéal aux lésions annexielles. Mais, ces signes péri-utérins peuvent faire défaut, et leur constatation n'est pas indispensable pour affirmer le diagnostic d'ascite symptomatique d'une invasion tuberculeuse annexielle et péritonéale. Le siège élevé des lésions tubulaires et la présence du liquide ne permettent pas toujours de constater ces lésions; mais, dans tous les cas d'ascite de cet ordre qu'il a traités par la laparotomie, M. Bouilly ne les a jamais vues faire défaut.

Il est difficile d'indiquer d'une façon absolue la marche de l'« ascite des jeunes filles ». M. Bouilly dans deux cas a vu le liquide se résorber spontanément sous l'influence d'un traitement médical général et de révulsions longtemps prolongées sur la paroi abdominale; une fois après une simple ponction, le liquide ne se reproduisit plus, mais la malade continua à souffrir et dut subir quelques années plus tard une laparotomie qui permit de retirer une volumineuse trompe remplie de pus tuberculeux et recouverte à sa surface de granulations. Dans tous les autres cas, M. Bouilly est intervenu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

L'hystérectomie abdominale totale.

M. RICHELOT a publié récemment, dans la *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale* (n° 2, 1897) un procédé d'hystérectomie contre les fibromes utérins. C'est la dernière modification à laquelle il s'est arrêté dans le traitement de ces tumeurs par la voie sus-pubienne. L'incision abdominale faite, on sort la masse fibreuse de l'abdomen. On taille un lambeau péritonéal antérieur pour refouler la vessie. Le doigt, en décollant le péritoine, met à nu le tissu paramétrique au milieu duquel on voit par transparence l'artère utérine.

On libère l'utérus à droite et à gauche en échelonnant trois pinces sur le ligament large et coupant au ras de l'organe. La première pince saisit le bord supérieur du ligament, la dernière saisit l'utérine. On détache alors l'utérus en coupant circulairement l'insertion vaginale avec des ciseaux en pénétrant un peu dans le tissu utérin.

Aussitôt que l'utérus est enlevé, on ferme le vagin avec 3 ou 4

fil de catgut pour faire l'hémostase de la tranche postérieure qui saigne toujours. Puis on traite les ligaments larges en substituant aux pinces des fils de catgut séparés, échelonnés de bas en haut. Il reste alors à rabattre le lambeau péritonéal antérieur pour couvrir le moignon vaginal et la région de l'utérine.

Cette opération ainsi conduite est très simple. Mais je voudrais dire maintenant quelle modification légère il faut apporter à ce procédé d'hystérectomie totale abdominale pour l'appliquer aux affections des annexes.

La voie abdominale est indiquée, dans les affections des annexes, quand la femme est jeune et que la lésion bilatérale n'est pas démontrée. Or, si dans ce cas, au cours de l'opération, on s'aperçoit que les lésions siègent des deux côtés, l'hystérectomie totale devient indiquée.

Quand les annexes sont non suppurées, la technique opératoire ne diffère pas de la précédente que j'ai décrite. Mais, quand il existe des poches purulentes, il s'agit de ne pas les rompre. Après laparotomie, on attaque l'appareil utéro-ovarien de bas en haut. Il faut tailler et refouler dans le petit bassin un lambeau péritonéal antérieur, puis s'assurer de l'utérine en plongeant une pince dans le tissu paramétrique pour la saisir. Puis on prend une pince à disséquer, des ciseaux, et on attaque l'insertion vaginale en ouvrant le cul-de-sac antérieur. Quand l'ouverture est assez grande, on saisit le museau de tanche avec une pince à traction et on le sort du vagin en fléchissant le segment inférieur, ce qui permet d'achever l'incision circulaire et de libérer le col entièrement. Puis on déchire le feuillet antérieur du ligament large, on coupe le ligament rond, on entre dans le tissu paramétrique, et on glisse entre la poche purulente annexielle et la paroi pelvienne pour couper le bord supérieur du ligament large en dehors des annexes. On décolle la trompe de bas en haut pour l'énucléer sans rupture; en tout cas, si la rupture se fait, elle se fait du côté du petit bassin.

Si la rupture se fait, il faut laver la cavité pelvienne.

Quand les annexes d'un côté sont détachées, on répète la manœuvre du côté opposé, et l'appareil utéro-ovarien peut être enlevé ainsi, parfois, d'un seul bloc.

Si le péritoine est aseptique, on fait l'occlusion vaginale comme pour fibromes. On ferme les ligaments larges par des fils de catgut séparés; enfin on fait une suture séro-séreuse avec le lambeau péritonéal antérieur rabattu sur le moignon vaginal.

Si l'infection est à craindre, il faut drainer par le vagin avec un tube.

REVUE DE LA PRESSE

Pathogénie et traitement prophylactique de l'appendicite

Par M. A. ROBIN

L'appendicite, en dehors des causes locales, est le plus souvent, comme l'entérite muco-membraneuse qui lui est si fréquemment associée, sous la dépendance d'un état dyspeptique. Ces dyspepsies se développent chez les arthritiques; il existe un désaccord entre l'apparence des malades et la nourriture qu'ils prennent. On constate, en effet, chez ces malades, de la distension gastrique par spasme du pylore, variable suivant les jours et les individus. On note aussi de la coprostase dans une proportion variable. Le foie est volumineux, douloureux; et enfin, après repas d'épreuve, il y a augmentation de l'acidité totale par exagération d'HCL libre, associé à l'acide lactique, acétique, butyrique. Cette affection répond à l'hypersthénie gastrique, dyspepsie acide de Gubler, maladie de Reichmann, gastrite hyperpeptique de Hayem. Sur 1585 cas de cette variété de dyspepsie, 82 fois des accidents appendiculaires ont été observés.

Quel rapport existe-t-il entre l'hypersthénie gastrique et les accidents appendiculaires. La coprostase qui existe 1106 fois chez ces malades l'explique.

La coprostase siège surtout, d'abord, dans le colon descendant et l'S iliaque, puis dans le cœcum et le colon ascendant.

Ces divers éléments pathologiques permettent de concevoir une pathogénie de l'appendicite.

Le terrain arthritique prédispose à la maladie, l'hyperacidité gastrique et l'asthénie favorisent les fermentations. La coprostase des matières fécales acides, plus irritantes que toxiques, entre en ligne de compte. Ces matières contiennent 20 gr. 48 de matières organiques pour 100 de plus qu'à l'état normal. Au lieu de 1 gr. 20 d'azote rendu par les matières fécales normales, ici on trouve 3 gr. 58. On comprend la réaction du cœcum en présence de ces matières fécales irritantes qui augmentent la sécrétion muqueuse. Celle-ci, devenue abondante, séjourne dans le cœcum et l'appendice. La muqueuse de celui-ci est atteinte, et la cavité close est ainsi souvent réalisée avec les complications infectieuses qu'elle engendre.

En résumé, l'hypersthénie gastrique est une des causes les plus fréquentes de l'appendicite. L'entérite muco-membraneuse est un des modes du retentissement intestinal de l'hypersthénie gastrique. Quant au sable intestinal signalé par M. Dieulafoy, si souvent, au cours de l'entérite muco-membraneuse, je ne crois pas qu'il soit d'origine intes-

tinale. Il provient de substances ingérées ou déversées dans l'intestin. C'est au contact de matières fécales riches en acides que les corps étrangers se sont chargés de sels de phosphates et carbonates de chaux et de magnésie, etc.

On peut empêcher la production des appendicites en entravant le développement de la maladie qui en est la cause. Puisque la coprostase est la cause qui réunit l'appendicite à l'hypersthénie gastrique, il faut la supprimer. Comment y arriver ?

Je repousse les purgatifs salins et drastiques. C'est à l'huile de ricin ou à l'irrigation intestinale que je recours. Si la région de la fosse iliaque est douloureuse, s'il y a de l'empâtement, il faut donner l'huile de ricin et le calomel associés à la belladone et faire des onctions avec un liniment opiacé calmant.

Dans les cas de colique appendiculaire, injection de morphine, pommade ou liniment opiacés et emploi des pilules suivantes :

Codéine. 3 centigr.

Extrait de gentiane q. s. pour une pilule.

Une pilule toutes les huit heures.

Je suis l'adversaire résolu des antiseptiques intestinaux. Les évacuants sont les meilleurs agents de désinfection.

Comme régime, je recommande aux malades de s'en tenir aux viandes grillées et rôties, hâchées même et mâchées lentement, au poisson, aux légumes et purée, aux œufs à la coque, aux fruits cuits. Comme boisson l'eau pure ou une eau minérale indifférente : Evian, Alet, Condillac. A la fin du repas une tasse d'une infusion très chaude et très légère de thé. Le repas fini, le malade s'étend sur un fauteuil avec un sac d'eau chaude sur son estomac — et il demeure ainsi pendant une demi-heure au moins dans la plus complète immobilité.

Le régime et l'usage des laxatifs ou des irrigations intestinales sont, à mon avis, les meilleurs moyens prophylactiques de l'appendicite. Ils sont expressément indiqués au début des accidents ; je repousse, comme M. Lucas-Championnière, l'emploi de l'opium en tant qu'agent destiné à immobiliser l'intestin.

Sur 82 malades atteints d'accidents préappendiculaires et traités de cette façon, trois seulement ont dû être opérés parce qu'ils s'étaient écartés du régime.

Le même traitement s'appliquera à l'entéro-colite muco-membraneuse. Ici encore, en effet, les grandes irrigations intestinales et l'usage régulier de l'huile de ricin à petites doses, associées au régime et au traitement spécial de l'hypersthénie gastrique, donneront les meilleurs résultats.

Ma conclusion, en somme, c'est qu'il existe un traitement prophylactique de l'appendicite, et ce traitement est celui de la coprostase et de l'hypersthénie gastrique.

TRAVAUX ANGLAIS

Hystérectomie vaginale pour adénome de nature maligne des glandes du col

M. ALFRED SMITH, de Dublin, a montré ce cas à la Société gynécologique britannique. La malade, âgée de 34 ans, non mariée, avait joui d'une excellente santé jusque 6 mois avant l'opération. A cette époque elle se plaignit de mictions fréquentes et douloureuses, de leucorrhée, de dysménorrhée et de ménorrhagie. A un examen sous l'éther, on trouva que le col était dirigé en bas et arrière. Le cops était antéfléchi avec un petit fibrome, l'utérus était très mobile et pouvait facilement être tiré en bas. L'orifice externe était normal; une hémorrhagie abondante fut causée par le passage de la sonde et des grandes masses furent enlevées en lavant avec une sonde de Bozeman. Le col fut soumis au curetage, les raclures examinées sous le microscope par M. Mac Weeny, et on arriva au diagnostic d'adénome, d'une nature maligne des glandes du col.

L'utérus fut enlevé par une hystérectomie vaginale, les forceps à crampons de Doyen étant employés, et la guérison de la malade se fit sans interruption.

M. ALFRED SMITH dit que l'adénome de nature maligne des glandes du col est très rare, selon C. Gebhart qui n'a pu trouver que 6 cas; Ruge et Veit disent aussi que l'on rencontre rarement ces cas dans leur forme pure, et cette opinion est partagée par Bröse. Le spécimen microscopique du cas présent montre un carcinome à cellules cylindriques.

Fibro-miome enlevé par énucléation intra-péritonéale

Ce cas, rapporté par le même professeur, est celui d'une femme de 35 ans mariée, mais sans enfants, qui l'avait consulté pour dysménorrhée, ménorrhagie de 10 jours, métrorrhagie, et pour une grosseur dans la partie inférieure de l'abdomen; cette grosseur était douloureuse et empêchait la malade de porter un corset. La palpation externe démontra une petite tumeur dure, douloureuse à la pression dans la région hypogastrique. L'examen bimanuel découvrit un utérus agrandi comme à une grossesse de 4 mois, parsemé de myomes. Pas de fibro-polypes sous-muqueux. La malade désirait beaucoup une opération, mais pria instamment qu'on lui conservât l'utérus dans l'espoir d'avoir un enfant.

On fit une section abdominale, l'utérus fut tiré hors de l'abdomen et une bande élastique appliqué autour du col pour arrêter l'hémorrhagie. Deux fibromes sous-péritonéaux furent facilement enlevés par des incisions cunéiformes et la base cousue par des sutures interrompues. La capsule des deux fibromes interstitiels fut ouverte et les tumeurs énucléées. On ne fit pas d'ouverture dans la cavité de l'utérus ; les parois de cavité laissés après l'énucléation furent rapprochées par des sutures interrompues. Il y eut un léger suintement, quand la ligature élastique fut déliée, qui fut arrêté par une application autour du corps d'une éponge de gaze stérilisée tordue après une solution saline normale d'une température de 103 F. — La guérison se fit sans encombre.

Le président, M. CLÉMENT GODSON, demande si, dans le premier cas, la portion enlevée par le curettage provenait du haut du canal cervical.

M. BOWREMAN JESSETT, en faisant allusion au premier cas, dit qu'il croit que le cancer à l'union du corps et du col est extrêmement rare, mais que, dans beaucoup de cas, l'affection commence en haut et se dissémine en bas et au dehors. Le cas en question montre la grande importance d'un examen sous un anesthésique ; autrement, l'affection aurait pu s'étendre beaucoup avant d'être découverte. Il a souvent, dans ces derniers temps, été frappé de la difficulté d'un examen convenable sans un anesthésique. Il a récemment vu M. Doyen, de Paris, qui lui a dit qu'un utérus peut être enlevé en 5 minutes quand on se sert des pinces comme dans le cas de M. Smith ; avec la ligature, au moins 20 minutes sont nécessaires.

M. HEYWOOD SMITH pense que peut-être dernièrement les pinces sont tombées en disgrâce parce qu'on les enlevait trop tôt. On devrait les laisser au moins 3 jours. Elles ont pourtant le désavantage de laisser une ouverture dans le toit du vagin qui peut devenir le point de départ d'un retour de la maladie.

M. PURCELL dit qu'il ne se sert pas des pinces en règle générale mais il s'est servi de forceps à pression, les laissant en place pendant 36 heures. La difficulté avec les pinces dépend beaucoup de la grandeur de l'utérus ; si l'on peut faire descendre le corps dans le fornix antérieur il n'y a rien de plus simple. Enseservantdes forcepson devrait, si c'est possible, passer les doigts jusqu'au sommet du ligament large pour l'avoir bien sans contrôle. A l'hôpital, pour les cancéreux, on se sert principalement de la ligature dont on laisse un long bout qui sort par le vagin. Par ce moyen on peut toujours savoir quand les ligatures sont détachées. Il pense que la méthode employée dans le second cas est la bonne ; si les tumeurs avaient été plus grandes, il aurait fallu employer l'oophorectomie ou la panhystérectomie.

M. J. W. TAYLOR a employé la méthode de Doyen qui se sert des

pincés au moyen desquelles tout le ligament large est parfaitement saisi. L'opération est telle que pour la cœliotomie vaginale, les forceps étant appliqués de haut en bas. Il a fait l'opération par cette méthode en 15 minutes, tandis qu'avec la ligature elle prenait une demi-heure.

M. SMITH, en répondant au président, dit que les masses étaient sorties au moment de l'application de la curette. La raison pour laquelle il a préféré les pincés à la ligature dans ce cas est que l'affection était limitée, et il lui était impossible d'aller bien au delà du mal avec les pincés. Il les a laissées pendant 45 heures et elles ne lui causèrent aucun embarras, mais la malade eut un peu de difficulté en urinant qui était probablement mécanique comme il y avait quatre pincés de chaque côté; même il ne fut pas facile de passer une sonde dans la vessie parce que l'urètre était rétracté au-dessus du pubis; mais ceci a pu être un accident spécial à ce cas. Quand il ôta les pincés, il trouva qu'elles avaient été tellement endommagées par l'écoulement qu'elles ne pourraient servir pour une nouvelle opération.

H. de M.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des tranchées utérines

On donne le nom de tranchées utérines à des contractions douloureuses et intermittentes, qui surviennent chez les nouvelles accouchées.

Le traitement de ces accidents vient d'être exposé dans la *Gazette Hebdomadaire*, par M. Audebert, chef de clinique obstétricale de Bordeaux.

Le traitement des tranchées utérines doit s'inspirer de l'étiologie de ces accidents, qui relèvent soit de causes réflexes, soit de causes directes.

Les causes réflexes sont toutes les excitations de la zone génitale ou de la zone mammaire.

Les causes directes sont la réplétion de la vessie et du rectum, la présence dans l'utérus d'un corps étranger quelconque, débris placentaires ou membraneux, caillot sanguin, etc.

En dehors de l'examen minutieux des annexes, qu'il faut pratiquer immédiatement après la délivrance et qui fera reconnaître si le placenta et les membranes ont été incomplètement expulsés, souvent l'aspect de l'utérus pourra indiquer la rétention de caillots ou de débris solides. Dans ce cas, en effet, l'utérus, dans l'intervalle des contractions, reste dur et gros, sans alternative de relâchement.

Traitement des tranchées d'origine réflexe. — C'est l'opium qui, sous toutes ses formes, a été le plus recommandé. La poudre de Dower (50 centigrammes en 3 fois), l'élixir parégorique (60 à 80 gouttes en 3 fois), les injections hypodermiques de morphine, ont été employées très fréquemment. Mais le traitement classique par excellence des tranchées est le lavement laudanisé qui peut se formuler ainsi :

Eau bouillie. . . . 40 gr.

Laudanum. XV gouttes.

Ces préparations opiacées, surtout la dernière, réussissent le plus souvent à calmer les douleurs utérines, mais elles ont quelquefois l'inconvénient d'amener un peu de constipation; aussi préfère-t-on, dans quelques cas, d'autres hypnotiques, tels que le chloral, le bromure de potassium, et l'antipyrine. Ce dernier médicament jouit d'une faveur toute spéciale, et peut être prescrit de la façon suivante;

Antipyrine. 3 gr.
Sirop de bromure de potassium du Codex 30 gr.
Hydrolat de feuilles d'oranger 60 gr.

Chaque grande cuillerée contient environ 80 centigrammes d'antipyrine.

On peut l'administrer aussi sous forme de lavement :

Antipyrine. 2 gr.
Eau bouillie. 120 gr.

L'extrait de viburnum prunifolium, seul ou associé à d'autres substances, possède aussi une action sédative marquée :

Extrait fluide de viburnum prunifolium.
Extrait fluide d'hydrastis } à 15 gr.
canadensis.

XX gouttes toutes les 2 heures dans une boisson chaude.

Il sera aussi utile d'appliquer sur le

ventre des serviettes chaudes (*propres*); la plus élémentaire prudence conseille de laisser de côté le vieux et septique cataplasme.

Traitement des tranchées d'origine mécanique. — Avant tout la vessie, et le rectum doivent être évacués.

L'expression utérine, tentée dans l'intervalle des coliques, pourra, bien des fois, principalement dans les heures qui suivent l'accouchement, rendre de grands services en débarrassant l'utérus des caillots qu'il renferme.

Les *injections vaginales chaudes* entre 45 et 48° agiront dans le même sens en faisant contracter le muscle utérin et en sollicitant ainsi l'expulsion des matières retenues. Leur action pourra être aidée par la potion à l'antipyrine déjà formulée.

Si ces moyens n'amènent pas le soulagement de la malade et la déplétion de l'utérus, si les coliques persistent avec la même intensité, on aura recours, mais seulement dans ce cas, aux *injections intra-utérines* faites avec prudence et à basse pression; on verra le plus souvent, sous leur influence, les douleurs s'atténuer et le diamètre vertical s'abaisser, quand le corps étranger aura été entraîné au dehors par le liquide de l'injection.

NOUVELLES

HOPITAUX DE PARIS. — *Concours de médecins des hôpitaux.* Sont admis à prendre part à la seconde épreuve, les candidats ayant un minimum de 18 points, et parmi ceux ayant obtenu 17 points: MM. Bruhl, Legry, Méry et Triboulet.

Concours pour la nomination aux places d'élèves externes en médecine et en chirurgie, vacantes en 1898, dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — L'ouverture du concours pour l'Externat aura lieu le mardi 19 octobre, à quatre heures précises, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3. Les étudiants qui désirent prendre part à ce Concours, seront admis à se faire inscrire au

secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1^{er} septembre, jusqu'au 30 du même mois inclusivement.

Concours pour les prix à décerner en 1897 aux élèves externes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices et la nomination aux places d'élèves internes vacantes en 1898. — L'ouverture du Concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 18 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés; de onze heures à trois heures, depuis le mercredi 1^{er} septembre, jusqu'au jeudi 30 du même mois inclusivement.

CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE. — Dix lits, système Herbet, sommiers en fer, en parfait état, à vendre actuellement dans d'excellentes conditions. S'adresser, 15, rue Malebranche.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabana* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorroïdes, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières*.

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy*.

Véritables **GRAINS de SANTÉ de D^r FRANK**
Aloés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Les déplacements de l'utérus en arrière

Cette question intéressante par ses nombreuses applications dans la clientèle médicale était à l'ordre du jour de la 7^e réunion des gynécologues allemands. Les professeurs Schültze, d'Iéna, et Olshausen, de Berlin, ont exposé la question en qualité de membres rapporteurs. Nous lisons dans le *Münchener med. Woch.* un résumé succinct de leur dissertation qui nous paraît devoir intéresser nos lecteurs.

Voici d'abord les données essentielles du discours du professeur Schültze.

FEUILLETON

De l'influence des sens sur les fonctions génitales. — Le nez dans ses relations avec l'appareil sexuel (1).

(suite)

Il est à noter que la plupart des végétaux qui exaltent les facultés génératives sont des aromates. La vanille, la cannelle, le macis, la girofle, la muscade, le poivre, le safran, l'ail sont des substances très odorantes. Est-ce pour ce motif que, de tout temps, les femmes ont employé les parfums dans leur toilette secrète, en ont usé pour captiver ceux qu'elles voulaient s'at-

tacher? N'est-ce pas J. J. Rousseau qui l'a dit dans son *Emile* (1): « Le doux parfum d'un cabinet de toilette n'est pas un piège aussi faible qu'on le pense? » Ce que Parny a exprimé dans ces vers élégants :

Plus tendrement un cœur soupire,
L'air et les parfums qu'on respire
De l'amour allume les feux (2).

On a soutenu que les artifices de toilette étaient un produit de notre civilisation, rien n'est plus faux.

A ceux qui n'ont pas encore tout à fait rompu avec les classiques, nous rappellerons ce que dit Homère au quatorzième livre de l'*Illiade*: « Junon

(1) J. J. Rousseau, *Emile*, édition stéréotypée, 262.

(2) *Elégie*, VII, liv, III.

(1) Voir le numéro du 15 juillet 1897.

DÉFINITION. — On donne les noms de *rétroversion* et *rétroflexion* de la matrice aux déviations de cet organe en arrière ; l'utérus est-il incliné dans son ensemble, il s'agit d'une *rétroversion* ; le col a-t-il conservé sa direction normale alors que la matrice est retombée en arrière, il s'agit d'une *rétroflexion* ; dans ce cas, on constate la présence d'une plicature, d'un angle rentrant au niveau de la naissance du col.

Enfin on appelle *rétroréversion* la position de l'utérus reporté en totalité en arrière. La *rétroréversion* correspond à des cas très différents les uns des autres ; il arrive, par exemple, que le col se trouve fixé très haut en arrière, et le corps fléchi en avant ; en ce cas, on a *rétroréversion* avec *antéflexion*.

ÉTILOGIE. — Les déplacements de l'utérus en arrière proviennent :

1° De ce que l'appareil ligamentaire suspenseur de cet organe ne remplit pas ses fonctions normales parce qu'il a été distendu ; ce fait s'observe fréquemment pendant la grossesse et les couches à la suite de résorption d'exsudats dans le cul-de-sac de Douglas (paramétrite postérieure). La constipation habituelle avec distension du rectum peut suffire à produire le même phénomène. Il peut aussi s'observer chez les personnes qui ont gardé le lit pendant très longtemps ; en ce cas, l'action de la presse abdominale vient aider et fixer les effets de la pesanteur qui favorise la *rétroversion* ;

2° De ce qu'une inflammation, une déchirure, une rétraction cicatricielle ont attiré et fixé le col en avant ;

lavait son corps avec de l'ambroisie, et se parfumait avec une essence aussi précieuse que suave. » Et ce ne sont pas seulement les belles Grecques qui ont recours à ces procédés de séduction. Dans l'Ancien Testament on voit Ruth s'inonder de parfums pour plaire à Booz. Les Arabes, les Orientaux et tous les peuples qui ont adopté la religion mahométane, ont le culte des parfums. Mahomet lui-même partageait son affection entre les parfums et les femmes, ou plutôt il les adorait inséparablement. En Nubie, les courtisanes se frictionnaient avec un cosmétique odoriférant, composé de graisse de mouton, de savon, de musc, de bois de santal pulvérisé, de *sembil valeriana celtica*, et de *mehleb* (fruit

qu'on cueille en Arménie, en Perse et en Asie-Mineure) (1). A la séance de la *Société anthropologique* de Berlin, du 18 octobre 1873, Hartmann a présenté des vases troués en terre cuite envoyés par J. Hildebrandt, qui servaient aux femmes somalis pour se parfumer les organes génitaux, et qui s'appellent en nubien *Kalenkül* ou *Terengül*. On en avait rencontré dans les cabanes les plus pauvres. Le parfum qui s'y consommait s'obtenait en faisant brûler de l'ambre, les opercules d'une espèce de *Strombus* qui se trouve dans la mer Rouge et le bois de l'*Acacia Verek*. Ces fumigations s'emploieraient encore en Abyssinie (Ascherson) et

(1) Mantegazza, *Hygiène de l'Amour*, 175.

3° Ou encore de ce que le vagin n'a pas, ou a perdu ses dimensions normales, comme cela se voit dans les cas d'atrophie puérile ou sénile ;

4° On les constate aussi dans les cas de déchirure complète ou même incomplète du périnée ;

5° Lorsque la vessie est habituellement remplie ;

6° Ou encore, ce qui est plus rare, lorsque le col est anormalement long, lorsqu'une tumeur affecte la face antérieure de la matrice, lorsque les ovaires prolapsés en arrière sont adhérents ou attaqués par un néoplasme.

PROPHYLAXIE. — Les mesures prophylactiques à prendre se déduisent directement des conditions étiologiques : c'est ainsi que la réplétion complète de la vessie doit être évitée et cela spécialement chez les enfants ; nous citons cet exemple en premier lieu parce que les conditions défavorables dont nous parlons se produisent constamment dans les écoles de filles où l'on défend couramment aux enfants de sortir de la classe pendant les heures de leçon.

Les infections catarrhales des jeunes filles doivent être soignées avec attention, parce qu'elles amènent les poussées de paramétrite ; à ce point de vue il est fort à recommander de leur apprendre à aseptiser les bandes dont elles font usage mensuellement.

Les déchirures qui se produisent après l'accouchement doivent être méthodiquement suturées, la constipation doit être combattue d'une façon efficace pendant les couches, et si l'utérus tarde à

sur les côtes de la mer Rouge (Issel) (1).

Aujourd'hui que l'industrie est parvenue à reproduire synthétiquement la plupart des odeurs des fleurs naturelles, et que l'usage des triples et quadruples extraits s'est généralisé, telles Parisiennes de nos jours laissent loin derrière elles les Orientales les plus expertes dans l'art de se parfumer. Mais ce sont là artifices qui répugnent à celles dont le charme réside dans les seuls avantages naturels. Celles-là savent, mieux que toute autre, que l'excitation génésique est plus sûrement provoquée par l'odeur

(1) Chez les peuples de Chittatong-Hill, le baiser est remplacé par l'acte de flâner la joue. (H. Spencer, *Principes de Sociologie*, 1V^e partie.)

de leur corps que par les cosmétiques les plus compliqués. Cette excitation n'est pas seulement due à l'odeur des sécrétions annexées aux organes de la génération, mais encore aux sécrétions cutanées (1) et parfois à une sécrétion locale. *L'odor di femina* est, pour tout

(1) Le Dr Galopin a noté que les personnes de la même profession se recherchent et se marient ensemble. C'est un mariage d'odeurs « le parfum de la femme s'harmonisant avec celui de l'homme ».

« La Marseillaise respire avec volupté son mari qui sent l'ail et l'oignon ; les ouvriers en phosphore épousent presque toujours des ouvrières de la même profession qu'eux. » C'est bien à des accouplements de ce genre qu'on peut appliquer, en l'amplifiant, la définition si connue du mariage : « Un échange de transpirations la nuit... » et le jour.

reprendre ses dimensions normales, l'usage du seigle ergoté se trouve tout indiqué.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic doit se faire par la palpation bimanuelle, l'usage de la sonde utérine est inutile et même dangereux. S'il existe des complications, il est bon d'endormir la malade afin de pouvoir en reconnaître exactement la nature et l'étendue.

TRAITEMENT. — Le plus souvent, le traitement ne nécessite aucune opération. Il consiste dans la réduction bimanuelle du déplacement et dans l'application d'un pessaire pour maintenir le résultat obtenu. Le pessaire, construit en matière légère, par exemple en celluloïde, aura une forme telle qu'il convienne au cas particulier que l'on désire améliorer ; à cet effet, on choisira parmi les modèles proposés par Hodge, Thomas, etc.

En tous cas, cet instrument, bien appliqué, ne devra occasionner aucune gêne à la vulve, ni en sortir de lui-même. Il est bien entendu qu'on ne l'applique qu'à coup sûr, c'est-à-dire seulement lorsqu'on est certain d'avoir réduit le déplacement.

Il ne sera enlevé qu'une fois par mois, après les menstrues, par mesure de propreté. En cas de grossesse, sa présence devient inutile après la dix-septième semaine.

Malgré la présence d'un pessaire, le médecin expérimenté veillera à ce qu'il n'y ait jamais distension du rectum à la suite de constipation, car cet instrument pourrait alors rester inefficace.

Mais, lorsqu'on cherche à réduire la matrice, il arrive fréquem-

dire, des plus complexes, et le chimiste le plus habile aurait quelque peine à en dissocier les éléments. Il est des femmes qui sentent l'ambre, le musc, mais naturellement ; telles les blondes cendrées, au dire du Dr Galopin, qui a fait de la question une étude approfondie. D'autres, principalement des femmes aux cheveux châtons, sentent la violette. Agnès Sorel, Diane de Poitiers, M^{me} de Maintenon possédaient ce rare privilège (1). Certaines femmes, très brunes, à la peau blanche, dégagent une odeur d'ébène. Aubert (de Lyon) a observé des femmes qui, à l'approche et durant

tout le temps de leurs règles, exhalaient une odeur aromatique acidulée ou chloroformée. Cette odeur se manifestait surtout sous les bras, dans la région axillaire. Chez quelques-unes, cette odeur n'a rien de désagréable, écrit, sans sourire, le Dr Galopin.

« Quelques-unes mêmes sentent l'ambre et la violette quand le dessous des bras est laissé à l'air libre. Chez d'autres, les aisselles répandent une odeur prononcée d'épaule de mouton en rut (sic), dont les chats sont si friands qu'ils dévorent les chemises et les robes de leurs maîtresses (1). »

Féré n'hésite pas à voir des candidats à l'aliénation dans ceux que Tardieu

(2) Céline Montaland ne se fit tant aimer que parce qu'elle était dangereusement parfumée ». Galopin, *loc. cit.*, 156.

(1) *Du parfum de la femme*, p. 109.

ment qu'elle résiste et que les brides cicatricielles la fixent dans la position vicieuse à laquelle on veut porter remède.

Dans ces circonstances, il faut préparer le terrain par le tamponnement répété du vagin, les bains et le massage utérin.

Lorsque, malgré toutes ces précautions, les adhérences résistent encore, il ne reste plus qu'à endormir la malade et à faire la réduction forcée.

Les affections concomitantes de la rétroflexion, telles que retard d'involution de l'utérus gravide, métrite, endométrite et oophorite, s'améliorent fortement lorsque la matrice se trouve reportée dans sa position normale, surtout si elles sont récentes. La dilatation utérine et le raclage ont souvent raison de ces mêmes affections si elles sont passées à l'état chronique.

Le professeur Olshausen a complété comme suit le savant exposé de son collègue :

SYMPTOMATOLOGIE. — Lorsque les déplacements en arrière sont accompagnés d'affections des annexes, les symptômes provoqués par ces complications sont plus marqués et peuvent masquer complètement ceux de la déviation elle-même. Ceux-ci n'existent même pas forcément ; c'est ainsi que dans la moitié des cas, on ne constate aucun symptôme particulier.

A côté des phénomènes locaux que provoque le déplacement de la matrice, il existe des phénomènes nerveux pouvant porter sur

appelait les *renifleurs*. Ce sont des maniaques que guette la folie, dont ces aberrés génésiques (1) côtoient les frontières. Et à l'appui de son opinion, l'auteur de la *Pathologie des émo-*

(1) Dans un livre qui a fait quelque tapage, le critique allemand Nordau a cherché à établir que la perversion de l'odorat était chez le chef de l'école naturaliste un signe indéniable de déséquilibre cérébral. « Zola, dit-il, montre à la fois une prédominance malade des sensations de l'odorat dans sa conscience et une perversion du sens olfactif, qui lui font paraître particulièrement agréables et sensuellement excitantes les plus mauvaises odeurs, notamment celles des excréments humains. » Les odeurs trouvent, il est vrai, une grande place dans l'œuvre de l'auteur de *Pot-Bouille* (V. notre article de la *Gazette des hôpitaux* du 19 avril 1894) ; mais de là à

tions (2) cite l'observation suivante que nous résumons. Un homme, âgé de près de 60 ans, d'une santé robuste, sans tare névropathique héréditaire, ne s'attaquait qu'aux femmes qui travaillaient dans les champs, en chemises à manches courtes. Le vieux céladon s'acharnait après elles jusqu'à ce qu'il fût parvenu à introduire sa main dans leur aisselle. Il se retirait sans en demander plus, se

conclure à la *dégénérescence*, presque à la folie de Zola, c'est dépasser les bornes de la critique permise.

Cette prédominance du sens de l'odorat est aussi manifeste dans d'autres œuvres littéraires, telles que : le *Mâle*, de C. Lemonnier, l'*Homme femme* et la *Visite de nocé*, de Dumas fils, etc.

(2) Page 440.

tous les organes ; ces actions à distance consistent en malaises et troubles variés qui peuvent, à l'occasion, simuler des maladies de ces organes eux-mêmes ; ce qui prouve le bien fondé de cette assertion, c'est ce fait que ces troubles guérissent et disparaissent complètement à la suite d'un traitement portant exclusivement sur la matrice.

Quant aux hémorrhagies, elles ne sont bien marquées que s'il existe en même temps une endométrite fongueuse. Cependant, la simple rétroflexion suffit pour provoquer des perturbations dans les périodes menstruelles ; celles-ci avancent, et l'hémorrhagie est considérable.

La stérilité due aux rétroflexions est très rare, et souvent, quand elle existe, elle provient plutôt d'une affection des annexes ou d'une métrite, mais, par contre, l'avortement est fréquent. Lorsque la grossesse parvient à poursuivre son cours, elle agit d'une façon très favorable sur la position de la matrice : celle-ci se redresse, en effet, d'elle-même.

La dysménorrhée qui accompagne fréquemment la rétroversion provient plutôt d'une endométrite concomitante que du déplacement lui-même.

TRAITEMENT OPÉRATOIRE. — Il est bien entendu qu'avant de songer à une intervention quelconque, il faut avoir épuisé toutes les ressources de la médecine courante.

Les opérations sont contre-indiquées chez les femmes qui attei-

contentant de respirer avec délices, dans la solitude, le parfum attaché à ses doigts. « C'est une odeur qui me remonte, disait-il, qui me ferait faire des lieues. » Il se disait capable de faire des exploits avec ces femmes-là. Il prétendait même qu'il lui était facile de reconnaître la continence et le moment le plus propice pour l'attaque à fond, rien qu'aux qualités de l'odeur.

L'excitation particulière que produisent les rouses sur certains tempéraments ne pourrait-elle tenir à la même cause, c'est-à-dire à l'odeur pénétrante qu'elles exhalent ? La réponse nous est fournie par le fait suivant, rapporté par Binet (1), fait

qui montre bien que cette influence peut s'exercer même à distance et à l'insu de celui qui en est l'objet.

Un étudiant en médecine, M. D..., étant assis un jour sur un banc dans un square, occupé à lire un ouvrage de pathologie, remarqua que depuis un moment il était gêné par une érection persistante, sans qu'il eût pourtant le moindre désir. En se retournant il aperçut une femme rousse qui était assise sur le même banc, mais de l'autre côté, et qui répandait une odeur assez forte. L'explication était toute trouvée.

Était-elle également rousse, l'héroïne de l'histoire suivante que Cloquet a empruntée vraisemblablement à un anecdotier du XVI^e siècle ? C'est ce

(1) Binet. *Le Fétichisme dans l'Amour*.

gnent le moment de la ménopause, parce que, à partir de ce moment, tous les troubles provenant de la rétroversion s'atténuent et cessent d'eux-mêmes.

L'opération d'Alexander-Adam, consistant dans le raccourcissement des ligaments ronds, est très efficace quand ces ligaments sont bien marqués et que l'utérus n'est pas fixé.

La ventro-fixation ou suture de la face antérieure de la matrice à la paroi abdominale est fort à conseiller dans des cas de rétroflexion fixée.

La vagino-fixation donne des résultats si l'utérus est mobile ; afin d'éviter les accidents possibles, lors d'une grossesse subséquente, il faut suturer au vagin non pas la face antérieure en entier, mais seulement la partie inférieure.

Les dissertations de Schültze et de Olshaüsen ne donnèrent lieu à aucune critique ; les différents orateurs qui demandèrent la parole présentèrent en général des statistiques d'opérations. Le docteur Theilhaber, cependant, s'étendit sur la pathogénie des troubles accompagnant la rétroflexion.

Ces troubles s'expliquent en général de trois façons différentes : certains auteurs veulent que la plicature de l'utérus et des ligaments larges amène une stase veineuse locale, cause de tout le mal. L'orateur ne partage pas cette opinion ; pour lui, la stase ne se produit jamais, parce que la torsion des vaisseaux n'est jamais très forte, parce que des voies collatérales larges et nombreuses rétabliraient immédiatement la circulation, et enfin, parce que si le fait était exact, on constaterait inévitablement, dans la majorité des cas, des varices et de la cyanose des organes visibles, ce qui est contraire à l'observation.

que le conteur a négligé de préciser. En 1572, on célébrait au Louvre le mariage du roi de Navarre avec Marguerite de Valois, et celui du prince de Condé avec Marie de Clèves, douée, selon l'histoire, d'une *singulière beauté et bonté*. Après avoir dansé longtemps et se trouvant incommodée par la chaleur du bal, cette princesse passa dans une garde-robe, où une des femmes de la reine-mère lui fit changer de chemise. Elle venait de sortir, quand le duc d'Anjou (Henri III) y entra pour raccommo-

sa chevelure et s'essuya par mégarde le visage avec la chemise qu'elle venait de quitter. Depuis ce moment, ce prince conçut pour elle la passion la plus violente, que la mort tragique de celle qui en fut l'objet ne put arriver à vaincre (1).

(1) Cloquet *Osphrésiologie*, 128 note. — Chez les Indiens des Iles Philippines, dit Jagor (cité par Binet, le *Fétichisme*, etc., 25) les amants, au moment des adieux, échangent des morceaux de linge qu'ils portent, et pendant leur séparation, ils respirent l'odeur de l'être bien-aimé en couvrant leur relique de baisers.

D'autres auteurs attribuent une grande importance à la compression des nerfs et spécialement du plexus sacré par le corps utérin dévié en arrière ; le docteur Theilhaber n'est pas de cet avis ; il considère que la présence du rectum constitue un coussin suffisamment épais pour éviter tout froissement et toute irritation mécanique de ces nerfs.

Enfin, beaucoup de praticiens attribuent une grande importance aux phénomènes réflexes qui doivent avoir leur origine dans le petit bassin et retentir sur tout l'organisme ; l'orateur, qui décidément fait preuve d'un esprit très sceptique, démontre que le nombre autrefois très considérable de névralgies, paralysies et malaises de tous genres attribués à des réflexes, tend singulièrement à diminuer pour grossir l'histoire des phénomènes hystériques ou des troubles de nature cérébrale.

D'ailleurs, les résultats du traitement de la rétroversion ne sont pas toujours bien brillants, nombreuses sont les observations de troubles qui devaient guérir par la réduction de l'utérus en antéversion et qui ont parfaitement persisté ; nombreux sont les désagréments qui, après avoir disparu, sont revenus quelques mois après les opérations. Aussi, doit-on attribuer une part importante des guérisons obtenues dans les hôpitaux, non pas à tel ou tel mode de traitement, mais tout simplement au régime, c'est-à-dire au repos forcé du corps et de l'esprit, à la nourriture roborante, à l'absence de constipation et à la suggestion.

Enfin, comme conclusion, Theilhaber déclare avoir renoncé à la médication orthopédique qui lui donnait des résultats douteux, et employer avec grand avantage le seul traitement symptomatique basé sur le régime et le repos.

D^r BIENFAIT.

TRAVAUX SUÉDOIS

Résumé et traduction par le D^r Fr. Eklund (de Stockholm)

Diverticules uréthraux chez la femme.

Par le D^r C. D. JOSEPHSON (1).

Une femme de 34 ans avait, depuis ses dernières couches, ressenti des douleurs à la miction, et souffrait, dans la cloison uréthro-vaginale, d'une tumeur kystique de la grandeur d'une prune. Cette tumeur com-

(1) (Nordiskt. Medicinskt arkiv., s. XXX (Nouvelle série T. VIII.) Ouvrage de fête, dédié à Axel Key par des camarades et des élèves, à cause de son fonctionnement de 35 ans à titre de professeur d'anatomie pathologique de l'Institut Carolien Médico-Chirurgical à Stockholm, le 28 mars 1897. (Deuxième section, Mémoire n° 23.42 fp. Avec une planche autotypée.) (Compte-rendu de l'auteur, fp. 25-27).

muniquait par une ouverture très fine avec la lumière de l'urèthre. Le kyste fut enlevé par dissection et la plaie réunie à l'aide de sutures tant profondes que superficielles. La malade fut guérie en quinze jours.

L'examen microscopique de la paroi, épaisse de 2 à 6 mm , fit constater qu'elle était composée de quatre couches : 1° La couche intérieure, presque disparue, était composée d'un seul rang de cellules épithéliales cylindriques très hautes, çà et là munies de cils vibratiles. Entre leurs parties basales se trouvaient un à deux rangs de cellules de remplacement rondes ; 2° Une couche de tissu connectif très riche en vaisseaux et en noyaux ; 3° Une musculature lisse en deux couches, sur certains points en trois, la direction des faisceaux perpendiculaires l'un à l'autre ; 4° Un tissu connectif lâche, musculature striée dispersée dans l'intérieur du tissu.

Dans une série de coupes on trouva un enfoncement en glande tubulaire de 5 mm de longueur, pénétrant de la surface intérieure presque jusqu'à la surface extérieure de la paroi, tapissé de la même espèce de cellules que celles de la surface intérieure du kyste. Au fond, ce canal se divisait en plusieurs parties, la paroi formant des papilles pénétrant entre celles-ci.

L'auteur voit dans la tumeur un kystadénome produit par la prolifération d'un reste embryonnaire d'un canal de Wolff. Le kyste s'ouvrait dans la lumière de l'urèthre près du col de la vessie, formant ainsi un faux diverticule urétral.

Chez une autre malade, l'auteur a observé une uréthrocèle vraie, au début de sa formation.

En présence de ces deux cas, et se fondant sur environ 40 cas trouvés dans la littérature, M. Josephsson fait l'exposé de la pathologie des diverticules uréthraux vrais (c'est-à-dire des uréthrocèles vaginales) et faux de la femme. Les premiers sont formés par une véritable expansion d'une partie de la paroi du méat urinaire, les seconds par un kyste vaginal qui s'est ouvert ensuite dans l'urètre. La cause des premiers est obscure. L'auteur croit devoir admettre une faiblesse congénitale comme cause prédisposante, et une blessure d'accouchement comme cause provocante. Peut-être une inflammation répétée, se terminant en une infiltration de la paroi uréthrale, est-elle quelquefois la raison de cette maladie.

Les diverticules faux sont formés par des kystes vaginaux, d'origine différente :

1° La plupart se font par un reste du canal de Wolff. 2° Peut-être une partie d'allantoïde détachée pendant la période embryonale en est-elle aussi quelquefois l'origine. 3° Il n'est pas impossible qu'un kyste vaginal puisse être formé par une glande vaginale oblitérée. Mais, dans la règle au moins, le vagin ne possède pas de glandes.

Les symptômes sont la dysurie, la dysparéunie, et des douleurs spontanées de nature différente. L'incontinence d'urine est très commune.

C'est un signe presque pathognomonique quand la malade, après avoir volontairement jeté les urines normales, perd un instant plus tard un peu d'urine décomposée. Le diagnostic se fait par palpation et par la sonde. Il est souvent impossible de discerner le diverticule vrai du faux sans l'examen microscopique de la paroi excisée. — Le meilleur traitement est l'ablation par dissection de la poche avec réunion immédiate de la plaie. En cas d'infiltration inflammatoire de la cloison, on la coupera de son long, et l'on procédera plus tard à la réunion, après avoir avivé les bords de la plaie.

A. FR. EKLUND (Stockholm).

TRAVAUX ANGLAIS

De la valeur diagnostique du toucher rectal chez les enfants et plus particulièrement pour les organes génitaux féminins.

Par le Dr George CARPENTIER,

Médecin de l'Hôpital des Enfants de Londres (Evelina Hospital for sick Children).

Dans un remarquable travail publié dans le journal qu'il dirige avec tant de talent (1), M. le Dr George Carpenter appelle l'attention des praticiens sur l'importance que présente le toucher rectal et la palpation bi-manuelle chez les enfants et plus particulièrement chez les petites filles pour le diagnostic des maladies de l'intestin, des organes génitaux et l'exploration du bassin.

Nous publions un extrait de cet important travail.

L'auteur s'occupe d'abord de *la péritonite tuberculeuse*. Voici ce qu'il dit à ce sujet :

« Je crois que la plupart des praticiens seront d'accord avec moi sur ce point : que souvent le diagnostic est très difficile à établir entre la péritonite tuberculeuse et le catarrhe chronique gastro-intestinal, surtout quand l'intestin est plein de gaz, par suite du relâchement musculaire de cet organe; le tout étant accompagné de distension abdominale et de rigidité des parois de l'abdomen. Il n'est pas rare de voir des mères anxieuses nous amener leur enfant, craignant une tuberculose intestinale. Il est tout naturel que le médecin hésite un peu avant de se prononcer sur des cas dont le diagnostic est si délicat, surtout chez les jeunes enfants. Sans l'aide de l'anesthésie, il est difficile d'explorer derrière des parois distendues par des gaz et, sans le toucher rectal, il est souvent impossible d'affirmer l'absence d'une péritonite. Il faut même ajouter que, bien souvent, surtout au début, même avec l'aide de l'anesthésie et du toucher rectal, le diagnos-

(1) *Pediatrics*, journal des maladies de l'enfance. Londres et New-York.

tic reste des plus obscurs. C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à combiner le toucher rectal et la palpation abdominale.

Enfin, je peux dire que je ne suis réellement satisfait que quand j'emploie ce procédé, et je vais maintenant l'exposer en détail.

Le toucher rectal, comme aide au diagnostic des maladies abdominales est très important, chez les jeunes enfants (depuis la naissance jusqu'à 4 ou 5 ans), car il permet l'exploration d'une grande partie de la cavité abdominale en dehors de la région pelvienne, et c'est justement le cas quand le petit malade est endormi, quoique à la rigueur l'anesthésie ne soit pas absolument indispensable. En relevant bien les jambes du malade, de manière à fléchir les cuisses sur l'abdomen, et en surélevant la région pelvienne sur un coussin, le médecin place sa main gauche (le bord cubital à hauteur de l'ombilic) sur le ventre du patient, et introduit l'index de la main droite dans le rectum. L'étendue de la partie ainsi explorée varie naturellement avec la longueur de l'index et la taille du malade; mais, dans tous les cas, il est facile d'explorer ainsi bimanuellement tout une grande partie des organes abdominaux, et de se rendre ainsi compte des anomalies qui peuvent y exister. Si, comme dans le cas dont je parle, et il n'est pas rare, le doigt explorant le rectum, et l'autre main ne sont séparés que par l'épaisseur seule de la paroi abdominale — les anses de l'intestin normal pouvant être considérées comme quantité négligeable — l'hypothèse de la péritonite peut être écartée aussitôt, même dans le cas où tous les signes extérieurs subsisteraient. Si, par contre, une quantité appréciable de matière sépare les deux mains du médecin, c'est l'intestin épaissi par la lymphe, et le phénomène doit aussitôt appeler son attention. Grâce à la palpation bimanuelle, non seulement toute la masse intestinale peut être plus facilement explorée qu'à travers la paroi abdominale, mais aussi une péritonite sans grosseur définie dans la région, sans « plaque » formée par un épaissement péritonéal, peut-être seulement légèrement granulaire, ne saurait échapper au clinicien. Il est bien entendu qu'il faut avoir soin de s'assurer avant l'examen de la réplétion complète des organes des cavités abdominales et pelviennes et qu'une vessie à moitié pleine ne devra pas être la cause d'une erreur de diagnostic, je me crois obligé cependant d'en parler, car j'ai vu nombre de mes élèves tomber dans cette faute. Réciproquement, du pus ou d'autres liquides peuvent simuler une vessie pleine, mais le passage d'un cathéter résout vite la difficulté. Enfin, des amas de matières fécales pourraient faire supposer des masses intestinales, ou de l'épaississement de cet organe, mais le simple fait que le doigt introduit dans le rectum ne saurait manquer de les rencontrer, je suppose que cette erreur ne saurait se produire. Il y a cependant un autre point sur lequel il faut attirer l'attention :

l'intestin atteint de péritonite a tendance à se mouvoir « *en masse* » sous l'action de la poussée, et ne cède pas facilement sous les doigts, comme à l'état normal. Quelquefois un intestin contracté donne au doigt explorant le rectum l'illusion d'un épaississement intestinal de cause inflammatoire, mais c'est une question d'habitude, et on ne saurait se tromper avec un peu de pratique.

Exploration des organes pelviens chez les petites filles. — M. Carpenter nous fournit sur ce point des données inédites fort utiles.

« Le sacrum chez l'enfant est presque vertical, ainsi que le rectum. La vessie chez l'enfant a la forme d'un œuf, la plus large extrémité regardant en bas, et comme le bassin est étroit, c'est entièrement un organe de l'abdomen; mais aussitôt que l'enfant commence à marcher, la vessie glisse de plus en plus dans le bassin; et encore, les ligaments qui la soutiennent sont si élastiques, qu'habituellement dès qu'elle se remplit, elle remonte vers la cavité abdominale. L'utérus chez l'enfant ne comprend guère qu'un col; tout le corps est petit, et est situé dans la partie supérieure de cette région. A l'époque de la naissance, les ovaires descendent jusqu'au bord du bassin, mais chez les enfants âgés de quelques semaines, on les trouve tout près des artères iliaques externes.

J'ai trouvé cependant l'utérus et ses annexes bien au-dessus du bord du pelvis en pratiquant le toucher rectal chez une enfant de 7 mois. Ici je renvoie à une figure faite par moi « *ad naturam* » et représentant l'utérus, les trompes et les ovaires d'une petite fille âgée de 2 ans et 4 mois.

On peut voir que l'utérus a environ 3 cent. de longueur et 1 cent. et demi de largeur, les trompes environ 5 cent; l'ovaire droit, 2 cent. de longueur, le gauche 1 cent. $1/2$ et tous deux environ $1/2$ cent. de diamètre. Les dimensions des ovaires varient entre $12 \frac{m}{m}$ de longueur sur 7 de largeur chez l'enfant âgée de quelques semaines, et 4 cent. sur $18 \frac{m}{m}$ à l'approche de la puberté. Ces mesures varient d'ailleurs avec l'âge, et diffèrent fréquemment même chez des personnes du même âge.

La forme de ces organes est habituellement celle d'un ovale allongé, mais souvent ils peuvent être plus ou moins ronds, et quelquefois l'un des deux l'emporte sur l'autre. Les trompes de Fallope, si nous estimons grossièrement leur diamètre au point de vue clinique, représentent la largeur d'un petit tube à leur partie la plus étroite; mais elles s'élargissent vers leurs extrémités. Quant à leur longueur, elle varie entre 3 et 8 cent., toujours d'après l'âge. Le point de repère important pour trouver ces organes par le toucher rectal est le ligament falciforme. Ce ligament, ou, si on préfère, les ligaments utéro-sacrés, forment une espèce de faucille qui entoure le rectum; elle s'attache en arrière au sacrum; en avant à la partie la plus inférieure de l'utérus. Tout ceci est très facile à

suivre sur la figure qui accompagne ce travail et, dès que le doigt est arrivé assez haut dans le rectum, il rencontre facilement le ligament que je viens de citer, et alors ce dernier devient un guide précieux. On se rend alors compte que les trompes et les ovaires peuvent être facilement manipulées entre l'index explorateur et la ceinture osseuse du bassin; et en même temps on peut examiner facilement les uretères.

Kystes de l'ovaire. — Il est quelquefois possible de sentir dans l'ovaire les petits kistes ou follicules en forme de grains, que l'on trouve fréquemment « *post mortem*. » L'utérus est un organe trop mobile, il cède trop facilement à la pression. Mais, par la palpation bimanuelle, on peut en étudier toutes les anomalies, surtout si la vessie est vide. Chez les jeunes enfants, l'utérus peut être « *roulé* » en quelque sorte entre un doigt et la symphyse pubienne. »

Quelquefois les ovaires et les trompes se déplacent dans le canal inguinal ou l'anneau crural. C'est pour un cas de ce genre que Chiene (*Edin. ned. Journal*, 1884-1132) d'Edimbourg, fit l'ovariotomie chez une enfant de 3 mois. On opéra cette enfant pour une hernie inguinale, et on trouva, à l'ouverture du sac, l'ovaire et la trompe. On ne fit pas alors le toucher rectal qui probablement eût beaucoup aidé au diagnostic de ce cas bizarre.

Maladies inflammatoires des annexes. — Le Dr Sanger, de Leipsig (*Realing's Cyclopedia of the diseases of children*, V, 3, p. 739) cite une petite fille qui ayant contracté la gonorrhée eut très vite tous les symptômes d'une péritonite du bassin très grave dont elle ne triompha que très lentement. Marx, dans la *Gazette de gynécologie*, 15 nov. 1895, appelle l'attention sur le fait que la salpingite complique fréquemment chez l'enfant la vaginite, avec les mêmes symptômes que chez l'adulte. Il appuie ce fait sur 15 autopsies d'enfants qui eurent les symptômes de cette complication; chez cinq d'entre elles il trouva les trompes pleines de pus. De plus, l'auteur suppose que ces inflammations, qui commencent souvent à la puberté, sont la cause des inflammations pelviennes des jeunes mariées, qui sont mises habituellement au compte du mari.

Je vais citer un autre cas qui ne commence pas par une vaginite; de plus, le microscope ne révéla aucune trace de tuberculose. L'enfant, âgée de 22 mois, était atteinte de syphilis congénitale. Sa santé avait toujours été médiocre, le ventre souvent enflé, quoique cependant depuis quelque temps, ces symptômes s'étaient améliorés. Un an auparavant, l'enfant eut la rougeole. A l'examen on découvrit dans la région inguinale droite une tumeur mobile de la grosseur d'une noix. Le toucher rectal permit de faire un diagnostic plus certain. L'utérus était normal. Mais on sentait à la

palpation une espèce de corde qui, partant de la partie supérieure de cet organe, allait rejoindre la tumeur. Cette dernière, très mobile, pouvait être ramenée en arrière le long de la ligne médiane; de plus, à la palpation bimanuelle on sentait de la fluctuation. L'ovaire du côté opposé était normal, et de ce côté-là on ne pouvait pas le trouver. Chez cette enfant on trouvait les nœuds de Parrot. L'extrémité libre de la rate s'étendait de quatre travers de doigt au-dessous de ce bord, sur la ligne du mamelon: de plus, elle était atteinte de bronchite. Ma première impression fut que j'avais devant moi un cas de pyo-salpinx, ou peut-être une inflammation des annexes d'origine tuberculeuse. Un examen attentif de plusieurs jours me fit abandonner l'idée de la tuberculose; mon collègue M. Eve opéra l'enfant avec succès. La malade, après l'opération, fut envoyée dans une maison de santé. La tumeur contenait un pus d'une odeur repoussante: elle était légèrement adhérente, au rectum, au cœcum, et à la vessie. Après avoir examiné cette pièce avec la plus grande attention, notre idée fut que nous avions eu affaire à un kyste de l'ovaire emprisonné en quelque sorte dans le ligament, et qui penchait probablement en avant, ce qui fait qu'à la palpation, on sentait facilement derrière la trompe de Fallope considérablement augmentée de volume. Le kyste mesurait 4 cent. sur 4 cent 1/2. Je n'ai dit que quelques mots de ce cas, M. Eve ayant l'intention de le publier *in extenso*.

Je crois que, sans le toucher et la palpation bimanuelle, il eût été impossible d'établir un diagnostic.

Le cas eût été pris pour une péritonite infectieuse, ce qui heureusement n'eut pas lieu.

Le toucher rectal et la palpation bimanuelle dans les cas observés par Marx sont donc de grande importance pour aider au diagnostic, et maintenant que cet auteur a montré les complications dangereuses de la vulvo-vaginite, il ne faut pas hésiter à s'en servir.

Ovariectomie. — Je vais maintenant dire un mot de l'ovariectomie chez la petite fille. J'en ai recueilli chez les auteurs 35 cas chez des enfants de 12 ans et au-dessous. En les étudiant, je suis frappé de voir le petit nombre de fois où l'on employa le toucher rectal, et je reste persuadé que, grâce à cette méthode, dans beaucoup de cas, le diagnostic eût pu se faire dès le début de la maladie et très facilement. Le record de l'âge appartient à Rœmer, qui fit l'ovariectomie pour une tumeur ovarienne chez une enfant de moins de deux ans. Il réussit d'ailleurs complètement. Nous trouvons dans cette énumération 15 kystes dermoïdes, 10 kystes, 6 sarcomes, 2 carcinomes, 1 tumeur maligne, 1 épithélioma et 1 fibrome. Dans un cas de kyste, les deux ovaires étaient enveloppés; dans un autre cas, les

deux ovaires étaient attaqués par un sarcome. Nous ne relevons en tout que deux morts, et une seule fois la maladie fut suivie d'une récidive qui fut fatale deux ans plus tard. J'ai découvert une fois l'ovaire gauche augmenté de volume chez une enfant de 3 ans 1/2 atteinte d'infiltration sarcomateuse des reins.

Rosenstein rapporte un carcino-sarcome de l'utérus chez une enfant de 2 ans, et Ganghofner, un carcinome utérin chez une enfant de 8 ans. J'ai trouvé environ vingt observations de sarcome du vagin chez des petites filles âgées de moins de 12 ans.

Le sarcome du vagin se rencontre le plus souvent sous la forme de polypes multiples, sessiles ou pédunculés, d'une consistance ferme ou même gélatineuse. Ces polypes n'ulcèrent guère, les lymphatiques des régions lombaires et inguinales sont peu affectées; le cours de la maladie est chronique, mais fatal. L'utérus et la vessie peuvent s'accroître et présenter des excroissances en forme de polypes; les cloisons recto-vaginales et vésico-vaginales, le tissu environnant et le ligament large, sont aussi quelquefois attaqués. Le rectum n'est pas si facilement atteint.

L'extirpation, quand l'invasion n'est pas trop développée, réussit souvent. La ligature des polypes et le curettage de la muqueuse vaginale n'ont pas rendu tous les services qu'on en attendait, la récidive étant alors la règle, et par suite le résultat n'était qu'une perte de temps importante.

BIBLIOGRAPHIE

Les Déséquilibres du ventre (1)

Par le Dr MONTEUUIS (de Dunkerque)

Le Dr Monteuuis a eu le rare mérite de présenter au public sous un nom attrayant : *Les Déséquilibres du ventre*, une maladie, l'entéroptose, qui, de prime abord, ne le paraissait pas du tout.

Il a suffi de la faire connaître pour assurer à son ouvrage un accueil qui lui vaut aujourd'hui une seconde édition.

L'entéroptose est en effet « une maladie de tous les jours », que tout praticien doit connaître et savoir traiter.

Le succès de l'ouvrage du Dr Monteuuis montre que les *Déséquilibres du ventre* ont été une œuvre de vulgarisation vraiment utile.

Il a appris aux praticiens, non seulement à débrouiller ces malades incompris qui forment la grande catégorie des entéroptosés, mais encore à traiter et à guérir ces sujets, vraiment nombreux et qui

(1) *Les Déséquilibres du ventre*. L'entéroptose ou maladie de Glénard, par le docteur Monteuuis (de Dunkerque). Librairie J.-B. Baillière et fils, 1 vol. in-16 de 350 pages. — Prix, 3 fr. 50.

sont d'autant plus intéressants à connaître qu'ils restent incurables tant que leur maladie reste méconnue.

Dans sa seconde édition, l'auteur montre surtout les progrès accomplis en matière d'entéroptose au point de vue de la pratique journalière, et discute, à propos des progrès apportés dans le traitement, le bien fondé du trépier thérapeutique de l'entéroptose, à savoir : la ceinture, les laxatifs et le régime.

NOUVELLES

Nous venons de recevoir le premier numéro de la *Revue Médicale*, de Québec (Canada), publiée en français. Son but est d'être un journal d'actualité, s'occupant surtout de clinique et de thérapeutique et embrassant tous les éléments de la pratique journalière de l'exercice médical : médecine et chirurgie générales, obstétrique et gynécologie, maladies de l'enfance, des yeux, du larynx, des oreilles, du nez, des organes génito-urinaires, de la peau, hygiène et médecine légale. Prospérité et longue vie à notre nouveau confrère canadien.

D^r A.-F. P.

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabana* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorroïdes, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières*.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing*.

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ENTÉRITE MUCO-MEMBRANEUSE

par H. RICHARDIÈRE.

I

L'entérite muco-membraneuse est caractérisée par l'évacuation de selles constituées presque exclusivement par une substance d'apparence muqueuse ou albumineuse, tantôt fragmentée en flocons demi-liquides, tantôt concrète et formant des fausses membranes.

Van Swiéten, qui a décrit le premier cet état particulier des selles, appelait cette variété d'entérite : diarrhée glutineuse. Good,

FEUILLETON

De l'influence des sens sur les fonctions génitales. — Le nez dans ses relations avec l'appareil sexuel (1).

(suite et fin)

Il n'est pas douteux que, quand la passion en arrive à ce paroxysme, elle relève du pathologiste, mais la limite qui sépare la passion de l'état morbide, est-elle toujours bien facile à déterminer ?

Rarement, pour des nez normalement constitués, l'odeur cutanée est agréable, surtout chez l'homme, car pour la femme on pourrait encore

prétendre que la suggestion est en jeu. Et cependant, on cite, d'après Plutarque, Alexandre le Grand dont la sueur odorait la violette, et, moins loin de nous, Malherbe, Cujas, Haller, qui exhalaient par la peau une suave odeur de musc (1). L'histoire ne nous dit pas s'ils étaient très portés sur le chapitre de la sensualité. D'ailleurs, à qui le soutiendrait on aurait la ressource d'opposer les exemples fameux de Louis XIV, qui, au dire de Fagon, était atteint de cette puante infirmité qu'on nomme le *bromidrosis pedum* et surtout d'Henri IV, avec qui Madame de Verneuil, prenant toutes sortes de libertés, surtout la liberté

1. Voir les n^{os} des 15 juillet et 1^{er} août.

(1) Monin, *Essai sur les odeurs du corps humain*, 14.

frappé par l'aspect tubuleux que prennent parfois les fausses membranes excrétées, lui a donné le nom de diarrhée tubulaire.

Actuellement elle est désignée indifféremment sous le nom d'entérite pseudo-membraneuse ou d'entérite muco-membraneuse. Le terme d'entérite pseudo-membraneuse prête à la confusion et évoque à tort l'idée d'une manifestation intestinale de la diphtérie. Celui d'entérite muco-membraneuse est, au contraire, en rapport avec la nature de la substance évacuée par les selles.

II

L'entérite muco-membraneuse est-elle une entité morbide, une colite spéciale, ou n'est-elle qu'un symptôme qui peut être observé dans plusieurs affections intestinales de causes différentes ?

Dans la deuxième hypothèse, on admet que la diarrhée muco-membraneuse peut exister dans un certain nombre d'entérites, les unes inflammatoires, les autres infectieuses ou toxiques. Elle serait souvent causée par la dyspepsie intestinale.

Pour considérer la diarrhée muco-membraneuse comme une maladie spéciale de l'intestin, on s'appuie sur ce fait que les selles muco-membraneuses sont caractéristiques. Composées de mucus et d'éléments provenant de la muqueuse, elles diffèrent absolument des autres variétés de selles membraneuses, telles qu'on les observe dans la dysenterie ou dans l'empoisonnement par le sublimé. L'examen histologique permet de leur attribuer un mode de formation uniforme.

de la parole, disait un jour : « Bien vous en prend d'être roi. Sans cela on ne pourrait vous souffrir, car vous puez comme charogne (1). » Il faut croire que tous les hommes ne ressemblent pas à Henri IV sous ce rapport, car il en est qui, sans avoir des attributs extérieurs bien remarquables, arrivent toujours bons premiers dans les lices amoureuses. Cela tient vraisemblablement au parfum de mâle qu'ils dégagent autour d'eux. A cet égard, les ecclésiastiques, et, en général, ceux qui font la profession de continence, ont une véritable grâce d'état. Que cette odeur soit due à la résorption de la liqueur séminale dans

le torrent circulatoire ou à l'élimination par la surface cutanée de ses principes odorants (1), les paroisiennes, pas plus que nous, n'en ont cure. Le fait n'en existe pas moins, et a été relevé par bien des observateurs : par Fredault, qui prétend que « l'odeur spermatique » de l'homme chaste est des plus excitantes ; par Mantegazza, lequel a relaté le cas de cette dame de la cour au temps de Brantôme, qui portait en relique les parties génitales de son mari mort, parfumées, embaumées et renfermées dans un étui d'argent doré (2).

Chacun de nous a, du reste, son

(1) Monin, *loc. cit.* 15.

(2) Mantegazza, *L'amour dans l'humanité*, p. 94, et *Hygiène de l'Amour*.

(1) D'après Tallemant des Réaux.

Quelle que soit l'opinion adoptée, il est certain que la diarrhée muco-membraneuse nécessite un état particulier des glandes de l'intestin. Quand cet état existe, la formation des produits muco-membraneux peut se faire sous l'influence de tous les processus qui ont pour effet d'irriter la muqueuse intestinale.

III

L'évacuation des selles muco-membraneuses se fait dans des conditions variables. Trois cas peuvent se présenter.

Exceptionnellement, la diarrhée muco-membraneuse apparaît inopinément, sans symptôme précurseur ou concomitant, au milieu d'une santé parfaite.

Plus souvent, elle est précédée de coliques et de diarrhée simple. Je l'ai observée chez une malade atteinte depuis plusieurs semaines de troubles intestinaux, consistant en coliques extrêmement vives et en diarrhée abondante survenant immédiatement après les repas. Abstraction faite de cette diarrhée, qui suivait l'ingestion des aliments, la santé était excellente.

Dans une troisième série de faits, le début de l'entérite muco-membraneuse rappelle celui d'une infection gastro-intestinale. Plusieurs jours avant l'excrétion des selles membraneuses, les malades présentent des symptômes analogues à ceux de l'embarras gastrique fébrile ou de la fièvre typhoïde au début.

Quel qu'ait été le mode de début, l'aspect des selles est caractéristique.

odeur propre, suivant son embonpoint, la couleur de son teint, etc. Les bruns ont l'odeur cyanique, les blonds possèdent une faible senteur musquée, les adipeux exhalent une odeur oléagineuse (1), mais « la puanteur vient surtout aux rousseaux favelez », selon l'énergique expression d'Ambroise Paré. Que toutes les odeurs soient plus manifestes après des excitations ou des abus génésiques, nous nous en référons sur ce point au Dr Monin, qui ajoute que chez la femme il en est de même que chez l'homme. Tout le monde, dit-il, a

décrit, depuis Juvénal, la rance odeur des prostituées (1).

Mais c'est assez parler du retentissement des odeurs sur l'appareil génital. Il nous reste à montrer qu'inversement une excitation génitale peut déterminer des phénomènes réflexes du côté de l'appareil de l'olfaction.

Les rapports physiologiques entre les organes génitaux et le nez, ont été pour la première fois décrits scientifiquement en 1884 par Mackensie (2). Mackensie rappelle que dans Ayur-

(1) Monin, *loc. cit.*, 14.

(2) *De l'excitation de l'appareil sexuel, considérée comme facteur dans la production des maladies du nez*, in *The american journal of medical sciences*, 1884.

(1) Cette odeur est très prononcée chez les femmes polysarciques au moment des menstrues.

Elles sont formées par une substance muqueuse, agglomérée en pelotons ou concentrée en membranes.

Les pelotons muqueux, d'apparence glaireuse, ressemblent à du blanc d'œuf cru ou à du frai de grenouille. Ils sont rendus isolément ou mélangés à des matières fécales, auxquelles ils adhèrent et qu'ils recouvrent d'un voile glutineux. Quand les pelotons muqueux sont rendus isolément, ils sont parfois pris pour des selles dysentériques. Ils en diffèrent par leur masse beaucoup plus considérable, par leur coloration blanc-grisâtre et par l'absence de sang.

L'excrétion de pelotons muqueux constitue la variété glaireuse de l'entérite muco-membraneuse.

Dans la variété membraneuse, la substance excrétée est concrète et presque solide. Elle est organisée en membranes qui ont la consistance du blanc d'œuf cuit. Leur couleur est jaunâtre ou grisâtre.

Les membranes expulsées sous cette forme ont un volume variable. Suivant leur degré de fragmentation, elles sont filiformes ou rubanées. Filiformes, elles ressemblent à des oxyures ou à des fibres végétales non digérées. Rubanées, elles peuvent être prises pour les fragments de ténias. Il est souvent nécessaire de recourir à l'examen microscopique pour reconnaître la nature de ces membranes. Dans un fait cité par Potain, un malade expulsa une membrane de 38 à 40 centimètres de longueur, qui fut considérée comme un fragment de ténia. J'ai vu commettre une semblable erreur, et Woodward en a rapporté plusieurs exemples.

veda, le vieux classique indien, on trouve cité parmi les causes du rhume de cerveau, du coryza, l'*uxoribus concubitus*. Hippocrate en avait vaguement parlé. Celse, plus explicite, conseillait d'éviter la chaleur de la femme, au début d'un rhume.

Dans ces dernières années, Arviset a publié une thèse inaugurale sur le sujet (août 1887) et Isch-Wall en a parlé avec détails dans une série d'articles du *Progrès médical* de la même année. Il est bien connu, dit Arviset, que lorsqu'un homme est en proie au désir vénérien, lorsqu'il est près d'une femme convoitée, ses narines se dilatent et deviennent battantes, sa respiration est accélérée,

bruyante, tous phénomènes qui semblent pouvoir être rapportés à une obstruction partielle des fosses nasales par la muqueuse devenue turgescente. Plusieurs personnes, interrogées sur ce point, ont affirmé avoir eu à ce moment de l'enchiffrement, de la gêne de la respiration nasale. Aussi Arviset se demande-t-il si, au moment du rut, les corps caverneux des cornets ne sont pas destinés à devenir turgescents, dans le but de déterminer le réflexe de l'érection. Isch-Wall, qui a fait, lui aussi, des recherches dans ce sens, a recueilli ce renseignement de certains sujets: qu'après une nuit « bien remplie » ils se réveillaient la langue sèche, sans doute parce qu'ils avaient

Quand la fragmentation fait défaut, la substance muco-membraneuse peut être évacuée sous forme de membranes arborescentes, reproduisant le moule de l'intestin.

La composition histologique et chimique des glaires et des membranes est identique. Les deux variétés des selles muco-membraneuses sont uniquement dues à des états moléculaires différents de la substance sécrétée par les glandes de l'intestin.

Les produits glaireux et membraneux examinés au microscope sont formés presque exclusivement de mucus. La fibrine fait presque totalement défaut. Les seuls éléments organisés appréciables à l'examen microscopique sont des cellules épithéliales cylindriques, des noyaux cellulaires ou des granulations protoplasmiques.

La composition histologique des selles muco-membraneuses montre qu'elles sont dues à une altération très superficielle de la muqueuse intestinale et de ses glandes. Elles diffèrent donc complètement des selles dysentériques.

La réaction triacide d'Ewald démontre également la présence de la mucine à l'exclusion de la fibrine (Pariser).

Dans l'analyse chimique des selles muco-membraneuses, on trouve une substance albuminoïde coagulable, de la mucine, les sels qu'on rencontre dans les excréments intestinaux, les phosphates, une petite quantité de cholestérine (Potain).

respiré par la bouche. Ce qui est loin d'être rare, ce sont les éternuements qui précèdent les rapprochements sexuels. Elsberg, Stalpart, le Dr Tilly (de Chicago), ont rapporté maintes observations de ce genre. Un client du Dr Joal, un négociant parisien, asthmatique, et qui va faire une saison au Mont-Dore pour y soigner son asthme, n'est pris de ses crises que lorsqu'il est à côté de sa femme. Joal poursuit son enquête et ne tarde pas à obtenir de son malade cet aveu « qu'il ne peut faire des excès conjugaux sans être atteint de suffocation, qui débute par des éternuements et du larmolement, symptômes indiquant bien l'origine nasale de l'asthme ». L'abus des plaisirs sexuels intervient

d'une façon nuisible sur les affections nasales existant déjà ; les personnes, par exemple, qui souffrent d'un coryza, constatent une augmentation des symptômes après une nuit consacrée à Vénus. Bien plus, l'excitation sexuelle, portée au delà de ses limites physiologiques, peut créer de toutes pièces un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale (1).

Mackensie a vu chez bon nombre de femmes atteintes de maladies nasales l'affection s'aggraver au moment des règles ou par suite d'excès génitaux. Trousseau avait déjà remarqué que dans les cas d'ozène, la punaisie est bien plus prononcée pendant la période cataméniale. Quel

(1) Joal, *De l'Epistaxis génitale*, 11.

IV

Les douleurs abdominales figurent en première ligne parmi les symptômes qui accompagnent la diarrhée muco-membraneuse. Exceptionnellement, les coliques font défaut. Le plus ordinairement, les selles muco-membraneuses sont précédées de coliques, quelquefois légères et passagères, parfois extrêmement vives et comparables par leur intensité aux douleurs de la colique hépatique ou de la colique néphrétique. Les coliques sont fréquemment localisées à la partie gauche du ventre et suivent le trajet du colon descendant et de l'S iliaque.

Avec ces coliques, qui se calment après l'évacuation des produits muco-membraneux, il existe une douleur à la palpation du colon.

Le ventre est ballonné ; l'estomac et les côlons sont distendus. La tympanite abdominale est généralisée.

A la palpation du ventre, on note l'absence de tout empâtement, de toute rénitence localisée.

Au point de vue de l'état général, deux cas peuvent se présenter.

Chez quelques malades, la diarrhée muco-membraneuse, précédée ou non de coliques, se produit en l'absence de tous symptômes généraux. L'affection reste locale et se manifeste exclusivement par les selles spéciales. Dans cette forme, l'entérite muco-membraneuse est généralement de courte durée. Parfois même, il n'y a qu'une ou deux évacuations de selles muco-membraneuses. Le plus

médecin n'a-t-il observé des personnes qui, aux époques menstruelles, ont le nez obstrué, enchifrené, accusant des accès de migraine, des vertiges, tous symptômes dont le point de départ est la turgescence du tissu érectile ? (1).

Ces symptômes cessent avec le flux catéménial, ce qui indique assez leur origine. Mackensie, qui a plusieurs fois fait l'examen rhinoscopique au moment des accidents, aurait constaté la tuméfaction des cornets, qui se montrait tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, pouvant varier avec les époques menstruelles.

La coexistence d'une maladie de l'utérus ou des ovaires exerce une

(1) Joal, *De l'épistaxis génitale*, p. 9.

action marquée sur la marche des affections du nez. Il est des cas où on ne vient à bout de la maladie nasale qu'en guérissant l'affection utérine concomitante. Cloquet avait déjà remarqué que l'olfaction était souvent dépravée dans certains états de débilité de l'utérus (aménorrhée, dysménorrhée, etc.), ou exaltée au moment des menstrues (1).

S'il est prouvé que les cornets deviennent turgides sous l'influence du réflexe génital, on ne sera pas surpris que cette turgescence aille jusqu'à la rupture des capillaires, assez friables pour qu'une épistaxis puisse dès lors se produire. C'est, en effet, ce qui a été observé. Morell Mackensie

(1) Cloquet, *Osphrésiologie*, 339.

souvent cependant, les selles se répètent un certain nombre de fois pendant plusieurs jours, et même pendant plusieurs semaines, alternant avec la diarrhée simple. — Malgré ces troubles intestinaux, l'état général reste satisfaisant, et le malade peut continuer à mener sa vie ordinaire. La persistance de la diarrhée muco-membraneuse est la seule conséquence de l'absence de traitement.

Dans une autre série de faits, l'entérite muco-membraneuse s'accompagne d'un état général sérieux. Les malades ont une fièvre vive. Quelques-uns ont du délire nocturne, de l'abattement, voire même un état typhoïde. Il existe des troubles digestifs marqués. La langue est saburrale. L'appétit est complètement perdu. Les tentatives d'alimentation amènent des nausées et des vomissements. Ces symptômes sont ceux de l'auto-intoxication d'origine intestinale, ils s'observent surtout chez les malades qui sont sujets à des crises répétées d'entérite muco-membraneuse.

L'entérite muco-membraneuse, accompagnée de symptômes généraux, dure toujours assez longtemps. Plusieurs semaines sont nécessaires pour en obtenir la guérison. Chez certains malades, elle résiste opiniâtrement au traitement et peut persister jusqu'à cinq et six mois.

Les récidives sont extrêmement fréquentes dans toutes les formes de la maladie.

L'entérite muco-membraneuse peut se compliquer de symptômes qui ont été considérés comme d'ordre réflexe, mais semblent plutôt en rapport avec des phénomènes d'auto-intoxication intestinale.

a rapporté un fait d'Hildanus, relatif à un homme pléthorique qui fut pris, aussitôt après le coït, d'une violente hémorrhagie nasale. L'étiologie de l'hémorrhagie n'est pas discutable, ainsi que l'ont exprimé Cloquet, Génie (thèse 1876), Isch-Wall et beaucoup d'autres. Joal explique par ce mécanisme simple les épistaxis dites supplémentaires. « La plupart des épistaxis supplémentaires, dit le distingué spécialiste, rentrent dans le cadre des épistaxis génitales ; l'irritation ovarienne et utérine de l'époque menstruelle produit encore par action réflexe le gonflement des corps caverneux et l'hémorrhagie consécutive (1). »

(1) Joal, *loc. cit.*, 12.

Dans une de ses *Cliniques*, M. Rendu dit qu'il n'est pas rare de voir de véritable épistaxis mensuelles survenir chez des petites filles de 12 à 14 ans au moment de l'établissement de leurs règles.

Une épistaxis de même nature est celle qu'on pourrait appeler l'*épistaxis des onanistes*. Il est des saignements de nez, rebelles à toute médication, qui ne reconnaissent pas d'autre cause que les habitudes solitaires. Joal, qui a publié un mémoire excellent sur cette variété d'épistaxis, en a très bien interprété la signification. Les sujets qu'il a observés sont des jeunes gens de 14 à 16 ans qui se masturbaient à l'excès, et qui n'ont

Tels sont les maux de tête, l'état typhoïde, l'agitation, le délire, l'aphasie transitoire, les crampes musculaires, etc. Du côté du cœur on a noté l'arythmie, les palpitations, l'insuffisance tricuspide passagère (Potain). J'ai noté l'albuminurie chez une malade dont l'entérite muco-membraneuse se compliqua de spléno-pneumonie.

Cette malade était atteinte d'une constipation opiniâtre, qui nécessitait l'emploi presque journalier des laxatifs. Elle avait eu, à trois ou quatre reprises, de véritables crises d'obstruction intestinale. A la suite d'une constipation de longue durée, elle fut prise de fièvre, d'état saburral et de douleurs vives sur le trajet du côlon. Quelques jours après le début de ces symptômes, elle rendit de véritables paquets de fausses membranes rubanées, de couleur grisâtre, n'ayant pas l'odeur fécaloïde. L'expulsion des membranes se fit en une fois et ne se reproduisit plus dans la suite. Cette évacuation amena un très grand soulagement local, et, malgré la persistance de la fièvre, la malade se considérait comme guérie, quand, deux jours après, elle fut prise d'un violent point de côté et de dyspnée. En même temps la fièvre augmentait d'intensité. A l'examen de la poitrine, je constatai alors les signes locaux d'une spléno-pneumonie: matité, râles fins et égophonie. Les jours suivants, les râles crépitants disparurent et furent remplacés par du souffle à timbre pleurétique. Je crus à un épanchement pleural, erreur qui fut vite dissipée, car une ponction à l'aiguille de Pravaz ne donna issue qu'à un peu de sang, sans mélange de sérosité. D'ailleurs, le souffle fut tout à fait passager, et, huit jours après, il n'existait plus aucun signe de détermination thoracique.

plus eu d'épistaxis du jour où ils ont renoncé à leur déplorable habitude. Sans suivre pas à pas le Dr Joal dans sa description, nous ne résistons pas au plaisir de mettre sous les yeux de nos lecteurs une sorte d'autobiographie d'un malade adressée à l'auteur du mémoire par le Dr Girod, professeur à la Faculté des sciences de Clermont-Ferrand. C'est une lettre d'un confrère qui raconte sa propre histoire au Dr Girod, son ancien camarade d'études. C'est une page que l'auteur des *Confessions* n'aurait assurément pas désavouée:

A dix ans je fus pris des premiers

désirs érotiques. La vue, le souvenir de quelque chose de féminin me poussait à des érections violentes, et cependant j'ignorais ce que c'était qu'une femme. Comment ma main se portait-elle à mon membre surexcité? Je ne sais, mais bientôt je pris goût aux attouchements, et quelques mois après je constatais une première éjaculation. Je crus à une émission d'urine et trouvant ce procédé d'uriner beaucoup plus agréable, je m'en donnais à cœur joie! Je me souviens de m'être procuré certains jours cinq ou six pollutions.

Je fus pris à cette époque de nombreux saignements de nez: c'était la croissance, disait-on; le médecin de

La spléno-pneumonie, observée dans le cours de l'entérite muco-membraneuse, pourrait être rapprochée des congestions pulmonaires réflexes observées dans l'obstruction intestinale, dans les étranglements herniaires et quelquefois aussi dans la colique hépatique (Guéneau de Mussy). Il semble, toutefois, qu'en raison des phénomènes généraux graves, de la fièvre et de l'albuminurie qui l'accompagnent, elle doit être comparée aux broncho-pneumonies infectieuses d'origine intestinale, dont Sevestre a démontré l'existence.

V

L'entérite muco-membraneuse est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Sur cent malades, on compte quatre-vingts femmes (Litten). C'est une maladie de l'âge adulte. Il en existe cependant quelques rares observations dans l'enfance (J. Simon, Cassel).

L'hérédité paraît jouer un certain rôle. Polain a cité le fait d'une jeune fille atteinte d'entérite membraneuse, dont la mère avait eu des crises d'entérite de même nature.

J'ai vu dans une famille, un frère et une sœur présenter, l'un et l'autre, à différentes reprises, des crises d'entérite membraneuse.

Litten a signalé la fréquence de cette variété d'entérite chez les femmes atteintes d'affections utérines, particulièrement de catarrhe utérin.

Parfois la maladie s'observe chez des individus sujets aux hyper-sécrétions catarrhales (aux coryzas de longue durée, aux bronchites

la famille me prescrivit quelques remèdes, je devais régulièrement quitter la classe pour aller à la fontaine... Hélas ! je m'égarais souvent dans la salle de gymnastique pour profiter de la solitude et me donner quelque douce satisfaction,

Les épistaxis continuèrent souvent deux fois par jour, lorsque je me procurais beaucoup de plaisir ! Je fut alors atteint d'accès d'asthme d'une intensité extrême. Enfin, vers l'âge de 14 ans, je fus pris de douleurs violentes aux lombes et aux membres inférieurs ; je dus m'aliter. Je saignais toujours du nez et je me masturbais avec fureur. Le médecin comprit, m'admonesta sévèrement et m'annonça de

terribles conséquences si je persistais dans mes habitudes. Je ne me sevrerai pas complètement, mais je fus plus sage. Ainsi j'atteignis le bachot qui me jeta dans les bras de la femme. Mes modiques ressources de lycéen me mettaient dans l'obligation d'espacer mes nouveaux plaisirs ; mes saignements de nez disparurent... Depuis, je me suis fait vieux, père de famille, mais aux jours de fête et d'abondance, la toux nasale et les épistaxis reparaissent. Pour moi, il est certain que mes saignements de nez ont une origine génitale. »

La connaissance des relations de l'appareil génital avec l'appareil nasal

tenaces). Ces coïncidences morbides montrent l'influence de l'arthritisme et du lymphatisme.

La cause occasionnelle la plus fréquente est la constipation.

La constipation chronique existe chez la plupart des malades.

Le séjour dans l'intestin de scybales durcies, et la dyspepsie intestinale qui en est la conséquence, ont pour effet d'exagérer la sécrétion des glandes intestinales chez les sujets prédisposés, et d'amener la diarrhée muco-membraneuse qui caractérise la maladie.

Cette pathogénie de l'entérite muco-membraneuse est confirmée par une autopsie récente. Rothmann, qui a eu l'occasion de faire l'examen nécroscopique de l'intestin d'un homme mort accidentellement pendant une crise d'entérite muco-membraneuse, a constaté la présence d'une grande quantité de mucus à la surface du gros intestin, dans les utricules glandulaires et même dans les cellules des glandes intestinales. On conçoit que cette hypersécrétion des glandes intestinales puisse être causée par toutes les causes d'irritation de la muqueuse de l'intestin. On s'explique ainsi sa fréquence chez les dyspeptiques et les constipés.

VI

Les malades doivent garder le repos pendant les crises de diarrhée muco-membraneuse, même s'il n'y a que des symptômes locaux et si les selles sont espacées et peu abondantes. Faute de cette précaution, la maladie se prolonge indéfiniment. Le séjour au lit devient nécessaire s'il y a de la fièvre et des symptômes d'auto-intoxication.

n'est pas encore, que nous sachions, familière aux médecins. Mais nous sommes de l'avis de Joal que cette notion de sympathie (1) une fois répandue dans le monde scientifique, la rencontre de faits nombreux viendra démontrer la fréquence des épistaxis génitales. Sans doute la goutte, le rhumatisme, l'anémie, la pléthore, les varices nasales sont des facteurs étiologiques importants de l'épistaxis,

mais dans l'enfance et l'adolescence, le point de départ génital devra toujours être recherché. C'est à l'époque de la puberté, au moment où la vie génitale commence, qu'apparaîtront les épistaxis cataméniales, copulatives, en un mot toutes les hémorrhinies dépendant d'une irritation de l'appareil sexuel. Espérons qu'il aura suffi d'avoir appelé sur ce point l'attention des praticiens pour que cel'e-ci soit désormais en éveil.

D^r CABANÈS.

(1) ne peut-on expliquer par cette sympathie l'arrêt de certaines épistaxis grâce à l'application d'eau froide ou de glace sur le scrotum. (V. Schwilgué, *Traité de Matière médicale*. t. II, 5 et 112.)

Lorsque les douleurs abdominales sont modérées, il suffit souvent, pour les calmer, de prescrire des badigeonnages de laudanum sur le ventre, avec des applications de ouate chaude, ou de faire des onctions d'huile camphrée tiède.

Lorsque les coliques, plus aiguës, demandent un traitement plus énergique, l'opium sera administré, sous forme de laudanum en lavements, ou d'extrait, en potion et en pilules, soit encore à l'aide d'injections de morphine.

Contre les douleurs, G. Sée et Litten recommandent le chanvre indien, qui est donné en potion, en extrait, à la dose de 0.10 à 0.30 centigrammes dans les vingt-quatre heures, ou en teinture (de 2 à 6 grammes dans les vingt-quatre heures).

Le traitement local a une grande importance.

Les purgatifs drastiques sont formellement proscrits. S'il y a nécessité de purger les malades, il faut recourir aux laxatifs légers, à l'huile de ricin à petite dose, à la magnésie associée au bi-carbonate de soude, ou au lavement d'huile stérilisée.

L'évacuation des produits muco-membraneux est facilitée par les grands lavages bi-quotidiens de l'intestin. Ces lavages ont, en même temps, l'avantage d'assurer l'asepsie de la cavité intestinale. Ils peuvent être faits avec de l'eau bouillie additionnée de borate de soude et de bi-carbonate de soude. Il est indiqué d'employer une solution alcaline, car la mucine, qui forme en grande partie les masses membraneuses, est maintenue en dissolution par les liquides alcalins, tandis qu'elle est précipitée par les acides (Pariser).

Les lavements au sous-nitrate de bismuth ont donné à Révilliod des résultats remarquables. Un seul lavement au bismuth peut amener la guérison d'une entérite muco-membraneuse durant depuis plusieurs mois. Dans la méthode Révilliod, ces lavements sont administrés de la manière suivante : On débarrasse d'abord l'intestin avec un lavement d'huile de ricin. Une fois ce premier lavement rendu, on prescrit un deuxième lavement ainsi composé :

Sous-nitrate de bismuth.....	} <i>ââ</i>	10 gr.
Salicylate de bismuth.....		
Mucilage de pépins de coings.....		

Le lavement doit être gardé longtemps, vingt-quatre heures, s'il est possible. Pour cela, il est nécessaire que le malade garde le lit.

Quand la crise d'entérite muco-membraneuse est terminée, il y a lieu d'instituer un traitement prophylactique pour en prévenir le

retour. Dans la grande majorité des cas il faut combattre la tendance à la constipation.

Dans le cas particulier, il faut proscrire les purgatifs répétés et s'adresser aux moyens mécaniques (lavements huileux, donnés méthodiquement, suivant la formule de Führbringer, électrisation, massage, eaux de Plombières ou de Châtel-Guyon, etc.).

Pour modifier l'état des glandes intestinales, on prescrit des lavages quotidiens de l'intestin avec des solutions de borate de soude ou d'alun.

Le régime alimentaire des malades doit être très surveillé. Les viandes bien cuites, rôties et servies sans sauce, les légumes en purée, les fruits cuits sont les aliments de choix. Il faut interdire l'usage des venaisons, des graisses, des légumes riches en cellulose.

TRAVAUX ANGLAIS

Fixation du foie et des deux reins dans un cas d'Entéropiose.

Par M le Dr WINSON-RANSAY (1).

Il s'agit d'une femme de 39 ans, veuve, entrée à l'hôpital Victoria le 11 juin 1895, se plaignant d'incontinence d'urine, de sensation de brûlure dans l'abdomen, surtout avant d'uriner, et d'une tumeur dans la région gauche de l'hypogastre. Elle a eu une fièvre typhoïde à 18 ans, un ulcère gastrique entre 20 et 25 ans. La maladie actuelle date d'avril 1895, à la suite d'une attaque d'influenza. Elle a trois enfants dont le plus jeune est âgé de quatre ans. Depuis plusieurs semaines, leucorrhée profuse. Elle ne peut plus travailler.

La tumeur a été diagnostiquée: rein flottant à gauche. On trouva une antéversion complète de l'utérus. Le repos et les injections vaginales firent disparaître les malaises. Le rein était sensible et causait des malaises dans la station assise et la station debout. L'opération fut proposée et acceptée. L'auteur procède à la fixation suivant la méthode de Vulliet et Pouillet (à l'aide d'un tendon de la masse sacrolombaire); guérison des plaies par première intention, mais crise de mélancolie, qui retient la malade à l'hôpital pendant un mois. Elle avait eu antérieurement des crises analogues. Au bout de ce mois, la malade, ayant recouvré une parfaite santé, put reprendre son travail de femme de ménage.

En février 1896, elle rentre à l'hôpital, se plaignant de maux de cœur, douleurs dans le côté droit et tumeur dans l'hypochondre droit. Elle demandait qu'on lui refit à droite l'opération qui avait si bien réussi à

(1) WINSON RAMSAY. — *Fixation of liver and both Kidneys in a case of Glenard's disease.* British med. journ. 8 mai 1897, p. 1152.

gauche. On trouve que le rein droit est mobile dans la cavité abdominale ; le rein gauche ne peut plus être atteint. On note que le foie est un peu plus bas qu'à l'état normal, mais on ne l'examine que dans le décubitus dorsal.

Le 25 février, fixation du rein droit par le même procédé qu'on avait employé pour le rein gauche. Guérison sans incident. Quand la malade se leva, les nausées, les vomissements reparurent. Elle pensa que la tumeur était redescendue. Le rein ne put être senti dans le décubitus dorsal : « mais, dans la station debout, on reconnut que le foie, qui, lorsque la malade était couchée, occupait une situation presque normale, pivotait autour de son lobe gauche, de telle sorte que son lobe droit tombait jusqu'à occuper la partie moyenne de l'abdomen près de l'ombilic. Il était mobilisable autour de son axe, le lobe droit pouvait être abaissé vers la partie gauche de l'hypogastre ou remonté dans sa position normale. Il semblait plus mince qu'à l'état normal, était légèrement sensible à la pression et ses mouvements provoquaient de suite nausées et vomissements ». La malade demandait une opération.

Le 24 avril, dix mois après la première opération et deux mois après la seconde, laparotomie médiane par une incision de trois pouces de long à travers le muscle droit, à droite. Le rein gauche est trouvé immobile, bien fixé à son siège normal ; on trouve le rein droit un peu plus bas que le gauche, avec une légère mobilité latérale, mais cependant bien fixé d'ailleurs : « le foie est mobilisable, son ligament suspenseur paraît être très allongé ». La face supérieure du foie fut frottée rudement avec de la gaze antiseptique, dans le but de provoquer des adhérences. L'incision fut prolongée de deux pouces. Le ligament rond fut alors transfixé près du foie, on le traverse par une forte ligature de soie que l'on enroule et que l'on noue. Une des extrémités du fil est ensuite passée à l'aide de l'aiguille de Macewen de haut en bas autour du cartilage costal de la septième côte ; le foie étant alors ramené avec fermeté à cette position, on noue les deux extrémités, de telle sorte que le foie se trouve fixé à la paroi thoracique au moyen de son ligament rond. Malgré cela, le lobe droit paraissant encore mobile, on passe à travers le foie un double tendon de Kangaroo, à peu près à deux pouces de son bord droit, puis à travers la paroi adjacente, suffisamment pour obtenir un solide soutien. Il y eut une hémorrhagie par le point de piqure de l'aiguille, mais celle-ci s'arrêta de suite, lorsqu'on serra la ligature. Le foie se trouvait alors fixé en bonne position.

L'examen des autres organes abdominaux prouva que la rate occupait son siège normal ; il ne sembla pas que le mésentère ou les mésocolons fussent allongés. L'ovaire droit était kystique, environ du volume d'une petite orange de Tanger, on l'enleva par la même incision. L'autre ovaire et l'utérus étaient sains.

Suites de l'opération sans incident. Guérison de la plaie le 10^e jour ; on fit garder le lit à la malade pendant un mois, et le 6 juillet elle quitta

l'hôpital soulagée de ses malaises. En octobre elle fut présentée par l'auteur à l'Association médicale britannique, sa santé se fortifiait graduellement ; il la revit par hasard en avril 1897, engraisée, forte, apte au travail. « Dans ce cas, ajoute Winson Ramsay, il ne semble pas qu'il y eût ptose, ni de l'estomac, ni de l'intestin, et par conséquent le terme « maladie de Glénard » n'est pas strictement correct ; pourtant j'ai appliqué ici ce nom parcequ'il résume bien d'un mot les conditions dans lesquelles se trouvait ma malade. »

Cette observation (sera-t-il permis du moins au bibliographe d'exprimer ainsi son appréciation) est sans doute très remarquable par l'indication du traitement chirurgical qui a été posée, et par le mode d'intervention opératoire employé, soit pour la fixation des reins, soit pour celle du foie ; elle l'est également par le succès évident qui a couronné chaque opération, enfin par la dissociation que l'état de la malade après chaque intervention permet de tenter entre les symptômes de rein mobile et ceux du foie mobile, chez une malade présentant ces anomalies simultanées. Il y a tout de même lieu de discuter, comme d'ailleurs dans tous les cas de ptose, quelle est la pathogénie réelle des symptômes (il n'est pas fait mention de l'état des fonctions digestives, sauf, au moment de la seconde opération, les nausées et vomissements, qui sont bien nettement d'origine hépatique), il y a lieu également de discuter, comme dans tous les cas de pexie, par quel mécanisme l'opération a été efficace à supprimer les malaises. Il s'agit ici bien certainement d'une Entéroptose, si du moins l'on accepte que le « processus de ptose » soit par lui-même assez caractéristique pour constituer et désigner un état morbide ; si, en même temps, on admet l'impossibilité d'un prolapsus du foie et des reins sans prolapsus concomitant de l'intestin et de l'estomac, on sera contraint d'accepter la pathogénie digestive des symptômes provoqués par les ptoses. L'intestin peut d'ailleurs être ptosé, sans qu'il y ait élongation des mésentères, ceux-ci étant normalement assez longs pour permettre une grande mobilité des anses intestinales. Cette mobilité, dans le sens de l'abaissement, est mise en jeu lorsque la tension abdominale ou la tension intestinale sont elles-mêmes abaissées. Or, chez cette malade il en était bien ainsi, puisque l'on pouvait faire le diagnostic objectif des ptoses viscérales, diagnostic impossible dans un ventre tendu et puisque les variations du décubitus suffisaient à mobiliser les viscères et en particulier le foie.

Maintenant, est-ce bien réellement la pexie qui a rendu cette femme à la santé, ou bien est-ce l'ouverture du ventre, le repos dans un décubitus dorsal prolongé, le régime approprié et, dans l'hépatopexie, la saignée pratiquée au foie ? Ce sont là questions fort intéressantes à élucider et qu'il suffit déjà de pouvoir poser : car elles autorisent le parallèle entre l'efficacité du traitement chirurgical et celle qu'eût pu avoir un traitement médical répondant strictement à chacune des indications relevées chez la malade.

F. G.

NOUVELLES

Distinctions Honorifiques

Officiers de la Légion d'honneur. — MM. les D^{rs} Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris; Doyon, médecin inspecteur des eaux d'Uriage (Isère); Hautefeuille, professeur à la Faculté des Sciences de Paris.

Chevaliers de la Légion d'honneur. — MM. les D^{rs} Brun, chirurgien des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris; Legendre, médecin à l'hôpital Tenon, à Paris; Bezançon, ancien maire de Boulogne-sur-Seine; Vagnat, maire de Briançon; Chavanis, médecin à l'Hôtel-Dieu de Saint-Etienne (Loire); Pons, président du conseil d'arrondissement de Nérac (Lot-et-Garonne), Bailly, médecin à Chambly (Oise); Casamayor-Dufaur, médecin en chef des hospices d'Ororon; Carrier, médecin des hôpitaux de Lyon; Legras, médecin à Dompierre (Vosges); Tripier, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon; Dupont, conseiller général de la Savoie; Chiron, chirurgien en chef des hôpitaux de Chambéry.

Officiers de l'Instruction publique. — M. Barette, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Caen; M. Beauvisage, agrégé près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon; M. Boinet, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Marseille; M. Bordas, ancien préparateur à la Faculté de Médecine de Paris; M. Boursier, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux; M. Bruté, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes; M. Debierre, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille; M. Ferré, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux; M. Gauderon, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Besançon; M. Gilis, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier; M. Guérin, agrégé près la Faculté de Médecine de Nancy; M. Hébert, professeur honoraire à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Dijon; M. Hugounenq, professeur à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon; M. Pegoud, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Grenoble; M. Rey, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Alger; M. Thibaut, agrégé libre près la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lille; M. Viaud-Grand-Maraïs, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Nantes; M. Ville, professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier.

Officiers d'Académie. — MM. les D^{rs} Bataille, de Rouen; Beille, de Bordeaux; Broussolle, de Dijon; Carlier, de Lille; Chambrelent, de Bordeaux; Charier, d'Angers; Devaux, de Limoges; Devic, de Lyon; Dianoux, de Nantes; Galavielle, de Montpellier; Garaud, de St-Etienne;

Guillon, de Nancy; Mesnard, de Bordeaux; Mouret, de Montpellier; Peltier, de Sedan; Saligue, de Créon; Thomas, de Tours; Trollard, d'Alger; Tuffier, de Paris.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

CONCOURS pour les prix à décerner en 1897 à MM. les *Élèves internes* de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices.

Concours de médecine. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le Lundi 13 Décembre 1897, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les Elèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les Dimanches et Fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1^{er} au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 Octobre, dernier délai.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le Jeudi 16 Décembre 1897, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les Elèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les Dimanches et Fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1^{er} au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 Octobre, dernier délai.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antiseptie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorrhoides*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabana* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing.*

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANK**
Aloés 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

LA MALADIE KYSTIQUE DU SEIN ⁽¹⁾

Par le D^r TAILHEFER

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Il est classique aujourd'hui de décrire en pathologie mammaire une maladie caractérisée par la présence d'un grand nombre de kystes diffus dans les deux glandes. C'est la maladie de Reclus, ainsi dénommée par Verneuil.

En octobre 1883, Reclus a publié, dans la *Revue de chirurgie*, un

(1) *Archives Médicales de Toulouse* (Août 1896).

FEUILLETON

La femme médecin.

La femme médecin est-elle une nécessité sociale ?

La femme d'intelligence moyenne, est-elle égale à l'homme en force et en énergie nerveuse et peut-elle ainsi que lui faire un médecin capable ?

La femme vierge, c'est-à-dire en déficit de forces vitales, peut-elle user à son gré d'une réserve organique nécessaire à sa fonction réelle ?

Est-elle, en dehors du mariage, en possession de forces suffisantes pour

faire une œuvre quelconque ? de quelque valeur réelle ?

1^o La femme médecin n'est pas une nécessité sociale. Les soins à donner aux femmes n'exigent pas son intervention, car les plus délicates préféreront se mettre entre les mains de médecins consciencieux, plutôt que de demander à une autre femme un secours sinon mal rendu, cependant bien moins de son ressort que de celui de l'homme.

La « doctoresse » ne remédierait en rien à des abus que l'on déplore ; l'immoralité y gagnerait, voilà tout.

2^o L'infériorité de forces organiques et cérébrales n'est pas à nier chez la femme par rapport à celles de l'homme.

mémoire sur la maladie kystique de la mamelle où il a fait connaître les caractères, le diagnostic, le pronostic de cette lésion.

Si Reclus a le premier synthétisé ces symptômes et les a groupés en un syndrome facilement reconnaissable pour le clinicien, il est juste de dire qu'il a des précurseurs qui lui ont fourni les éléments de sa synthèse, Les principaux d'entre eux sont : Astley Cowper, Sir James Paget et Richelot.

L'œuvre analytique a été faite par eux. Ils ont observé la maladie kystique nombre de fois et l'ont décrite en partie. Reclus a synthétisé les éléments de cette entité morbide et en a groupé les principaux symptômes.

Il a ainsi coordonné et subordonné des faits connus avant lui.

Dans son mémoire du 3 octobre 1883, et dans sa communication à la Société anatomique du 9 novembre 1883, il précise d'une façon remarquable les traits saillants de la maladie kystique. Sa description la plus récente ne diffère en rien de la description qu'il a donnée à cette époque. Les caractères de cette maladie sont : la présence d'un grand nombre de kystes dans la glande, la diffusion de ces kystes et la bilatéralité presque constante de ces lésions. Les comparaisons de Reclus sont très heureuses, elles font image et donnent une idée très juste du fait : on dirait que les acini sont injectés de suif, que la glande est infiltrée de grains de plomb, que l'on trouve dans la glande du chénevis collé sur un piège d'oiseaux. Et ces grains de plomb sont innombrables, diffusés dans la tota-

3. La femme n'est en possession de toutes ses énergies vitales, que dans la *maternité*, par cette loi physiologique qui fait que la fonction forme l'organe et que par l'action même l'énergie grandit ; que les forces se *créent* au fur et à mesure qu'on les emploie.

Normalement, la femme de science est une *impossibilité* et une *anomalie*.

Car, étant donné qu'elle n'a des chances d'entrer avec des forces égales à celles de l'homme dans l'arène des fortes études qu'après la maternité, la situation pour elle est absurde à ce point de vue. La maternité est incompatible physiquement et moralement avec les exigences d'une vie sédentaire. Les études tout

autant que la pratique de la médecine dépassent les forces féminines.

Le rôle de l'épouse ne pourra être différent de ce qu'il a été, de ce qu'il doit être, de tous temps ; il est fait uniquement de tendresse, de dévouement ; elle se doit tout entière à celui qui l'a choisie, à ceux qui émanent d'elle.

L'égoïsme, le repliement de soi que demande l'étude, le culte de l'idée pure, la pratique même de la science est incompatible avec la vie intense du cœur.

Tout travail spécial demande une concentration absolue, un emploi unique des forces de l'être.

La vie de famille dilue, absorbe les énergies morales et physiques, par

lité de la glande, et leur dureté est telle que des cliniciens consommés ont diagnostiqué du squirrhe. Elle est due à la réplétion des kystes et à leur couverture de tissu mammaire. Enfin presque toujours la maladie kystique envahit les deux seins, simultanément ou successivement. Voilà l'ébauche du tableau symptomatique, et Reclus le parfait en ajoutant que les kystes ne sont adhérents ni à la peau, ni à l'aponévrose du grand pectoral, que les ganglions axillaires sont habituellement respectés. Cependant il y a des cas où l'inflammation les atteint. Enfin il peut y avoir, par le mamelon, écoulement de liquide sanguinolent, séreux, ou bien le mamelon peut être sec. La maladie kystique se développe à tout âge, mais elle affectionne les jeunes. On l'a vue chez des vierges, chez des nullipares. L'étiologie reste obscure.

Sur le terrain clinique, tous les chirurgiens ont été d'accord, mais les divergences sont nombreuses sur la question histologique.

Quelle est la lésion anatomique de la maladie kystique ?

Depuis 1883 jusqu'à aujourd'hui, cette question a traversé trois phases.

D'abord on considère la maladie kystique comme un épithélioma intra-canaliculaire. Plus tard on en fait une mammite. Enfin on se rallie à une opinion mixte, et on pense que tantôt c'est un épithélioma, tantôt une mammite. Malassez affirmait que la maladie kystique était un épithélioma intra-canaliculaire atypique, et il disait avoir vu des cellules atypiques dans les acini et des cellules

une infinité de grandes et de petites obligations.

La femme qui, en dehors du mariage ou dans le mariage même, atteint un résultat artistique ou scientifique quelconque, est donc forcément une *exception*.

Elle est en possession de forces *féminines*, dépassant celles de la moyenne, et qui suffisent, même dans le célibat, aux travaux entrepris.

Car, contrairement à ce que pensent certains physiologistes, Lombroso entre autres, les talents ou les génies féminins n'émanent pas de natures viriles, d'anomalies sexuelles, mais au contraire de natures et d'organismes de femmes exceptionnellement puissants.

L'œuvre d'un être émane de tout lui-même, par conséquent, marque un rapport direct avec lui.

L'œuvre d'une femme ne peut être qu'essentiellement féminine.

A elle, par conséquent, d'apprendre à connaître, à mesurer ses forces pour éviter ces échecs constants, qui la montrent jusqu'à présent inférieure dans ses entreprises en concurrence avec le sexe fort !

D'après les récentes données physiologistes, vérités d'ailleurs établies de tous temps, le sommet physiologique et moral de la vie de la femme est, non pas seulement le mariage, mais *l'enfant*.

Se dérober volontairement ou non à cette exigence de la nature, amène

atypiques ayant émigré dans le tissu périacineux. Brissaud n'allait pas aussi loin : il portait le diagnostic d'épithélioma intra-canaliculaire pur, et simple, sans migration des cellules épithéliales. Quénu affirma que la lésion partait, il est vrai, de l'élément épithélial, mais qu'elle se propageait au tissu conjonctif interstitiel. Et il comparait la lésion aux cirrhoses étudiées par Charcot sous le nom de cirrhoses épithéliales. Le processus scléreux avait pour point d'origine l'irritation épithéliale. La fibromatose était lancée par l'épithélium enflammé. Il proposait, en conséquence, de donner à la maladie kystique l'étiquette histologique de cirrhose épithéliale du sein.

Toupet trouva des mamelles kystiques avec des lésions d'adénome, d'autres avec des lésions de fibromatose, quelques-unes avec des lésions d'épithélioma.

Ces variations histologiques devaient retentir sur le pronostic et le traitement de la maladie kystique. Suivant l'interprétation histologique acceptée, le chirurgien avait un pronostic et un traitement différents. Aussi comprend-on la discussion qui se produisit en 1888 pendant plusieurs séances de la Société de chirurgie. Les vieux chirurgiens protestaient au nom de leur expérience contre le méfiez-vous des histologistes fortement alarmés par leurs coupes. Les jeunes adoptaient plutôt le pronostic histologique. Reclus fut interventionniste à outrance au début, il eut plus tard des périodes de prudente abstention et, finalement, il a adopté cette règle de

pour la plupart des femmes des perturbations graves, un état de souffrances générales que les médecins ont lieu de constater trop souvent.

La femme, qui sous prétexte de dignité, d'indépendance, cherche son émancipation en entrant en concurrence avec le sexe fort, en *l'imitant*, est inconsciente d'elle-même, des réelles et fondamentales exigences de sa nature, enfin de l'essence même de son tempérament *d'épargne* si contraire à celui de *dépense*, que nécessite la lutte, l'acquisition intellectuelle, la création morale.

La réelle émancipation, le réel agrandissement de la femme ne peut s'effectuer que dans l'agrandissement et le développement de sa nature

féminine. *La femme qui se virilise s'amoindrit.*

Car, en outre de son infériorité notoire au point de vue de ses forces physiologiques, elle augmente ce déficit par la dépense de forces qu'exige, chez elle, la réaction contre les volontés de sa nature intime.

Car le mot émancipation est synonyme pour la femme intelligente « de conquête de la science », Il nous semble démontré que cette conquête nécessite le célibat chez la femme et qu'elle est incompatible avec lui.

(à suivre.)

conduite : si la femme est jeune, il n'opère pas d'emblée ; il attend qu'un avertissement lui soit donné pour intervenir ; si elle est arrivée à l'âge du cancer, il opère sans hésiter, puisque, dit-il, elle a tout à gagner et rien à perdre.

En somme, à l'heure actuelle, l'opinion chirurgicale sur la maladie kystique de Reclus est la suivante : le syndrome clinique de Reclus est accepté. Il porte, suivant les cas, une de ces étiquettes histologiques :

Mastite.	{	Adénome.
	{	Fibromatose.
Cancer.	{	Epithélioma.

S'il y a prolifération cellulaire intra-acineuse, c'est de l'adénome. Le tissu conjonctif perd-t-il son aspect ondulé pour devenir fibreux, c'est de la fibromatose, c'est la mastite interstitielle de Duplay, la maladie noueuse de Tillaux et Phocas. Que les cellules épithéliales émigrent de leurs nids acineux et aillent coloniser dans le tissu conjonctif, c'est le cancer. Le diagnostic doit donc se faire pour ces trois lésions histologiques. Il est bien difficile souvent et la ponction des kystes, si recommandée par Reclus, ne peut évidemment éclairer sur la nature histologique des lésions. Beaucoup de chirurgiens, justement effrayés par le cancer mammaire, opèrent toutes les maladies kystiques, estimant que, dans le doute en pareille matière, il ne fallait jamais s'abstenir.

L'histoire de la maladie kystique est très suggestive au point de vue de la philosophie médicale. Elle nous montre une fois de plus où mène cette habitude de superposer les descriptions histologiques et les descriptions cliniques. Nous avons des exemples célèbres de classifications essentiellement incomplètes parce que leurs auteurs les ont basées sur des considérations clinico-histologiques, résultant de cette superposition. Il y a encore beaucoup de cas où l'histologie ne peut expliquer la clinique, car on ne connaît pas encore suffisamment les lois de la biologie cellulaire et de l'histogénie. Quelles sont les causes des tumeurs ? Mystère. Dans certains cas, l'inflammation précède la tumeur. Quels sont les rapports de ces deux processus pathologiques ? Où s'arrête l'inflammation, où commence la tumeur ? Autant de graves problèmes qui sont loin d'être résolus.

Les interprétations des coupes ne sont pas encore assez scientifiques pour qu'on puisse toujours les faire concorder avec les

faits cliniques. Voilà pourquoi, dans l'état actuel de nos connaissances, il est scientifique de recueillir séparément les faits cliniques et les faits histologiques, et de ne pas tirer de conclusion prématurée en superposant ces deux sortes de faits. Il faut savoir attendre le progrès et nous garder des conclusions hâtives.

Nous apportons trois nouvelles observations de maladie kystique de la mamelle. Elles appartiennent à M. le professeur Jeannel, qui a eu l'obligeance de nous les confier pour l'édification de ce travail.

OBSERVATION I

Cette observation a été publiée en partie dans la thèse de Sourice (Paris 1887) par M. Jeannel. La voici résumée :

Femme de 39 ans, 2 grossesses. Après la 2^e, en 1885, mammite sans abcès. C'est à la suite de cette mammite, août 1885, que le sein s'est induré. C'est le début de la maladie actuelle. Pas d'antécédent pathologique personnel ou héréditaire.

Donc en août 1885, fourmillements au sein gauche. Bientôt le sein se tuméfie et devient plus douloureux. En décembre, la glande avait doublé de volume. Au cours d'un traitement par des cataplasmes, le gonflement disparaît, mais il subsiste à la partie externe de la mamelle une tumeur dure, du volume d'une noix, sensible à la pression. Cette femme entre à l'hôpital le 6 avril 1886. Je trouve dans le sein gauche, en dehors; une tumeur arrondie, douloureuse à la pression. Toute la glande est indurée et douloureuse, peu mobile, de forme régulière, élastique, sans fluctuation reconnue. La mamelle est peu augmentée de volume, mobile sur les parties profondes, de consistance coriace, trois petits noyaux durs, isolés, mobiles (pois), peau saine, mamelon normal, pas d'adénopathie. Sein droit indemne. Avec hésitation je porte le diagnostic de squirrhe. J'avais éliminé maladie kystique en raison de la non bilatéralité de la lésion.

16 Avril : extirpation totale. Masse lardacée et nombreux kystes. Le liquide des kystes est examiné : quelques globules de pus, des éléments granulo-graisseux, quelques cristaux.

Description microscopique. — Les lobules glandulaires sont séparés par de larges bandes de tissu conjonctif enflammé, contenant de nombreuses cellules. Les acini sont également cloisonnés par des bandes conjonctives. Celles-ci ont parfois une telle épaisseur qu'elles étouffent les éléments glandulaires. Dans les lobules les plus dissociés, c'est-à-dire les plus riches en tissu conjonctif enflammé, il n'y a pas de kystes. Dans ceux où le tissu conjonctif proliféré n'a pas encore étouffé les éléments glandulaires, il y a des kystes : quant aux éléments glandulaires, je n'y relève aucune particularité nouvelle : l'épithélium est en plusieurs endroits épaissi et végétant.

« En somme, dans cette observation, la marche clinique semble avoir été la suivante : mammite totale, régression de la mammite, production d'une induration mammaire avec noyaux isolés. Or, l'examen microscopique semble confirmer cette interprétation, en montrant l'envahissement et la dissociation des éléments glandulaires par le tissu conjonctif proliféré, avec cette particularité que la sclérose des lobules glandulaires semble s'accompagner de la dilatation kystique des conduits sécréteurs ou des acini lorsqu'elle commence et semble aboutir, lorsqu'elle atteint son apogée, à la dissociation et à l'étouffement de ces mêmes éléments ».

Telle est l'observation publiée dans la thèse de Sourice. En voici la suite qui est inédite :

Quelque temps après l'opération, la malade a, à chaque époque menstruelle, un écoulement par le mamelon droit d'un liquide blanc ressemblant à du lait. Cet écoulement durait pendant toute la période menstruelle. En septembre 1889 (3 ans 1/2 après l'amputation de la mamelle gauche), douleur très vive dans la mamelle droite, douleur intermittente, surtout nocturne, s'irradiant dans tout le membre supérieur droit. En même temps, tuméfaction de la mamelle droite, œdème du bras droit (œdème qui n'existait que le matin et disparaissait dans la journée) et apparition d'une tumeur de la grosseur d'un pois dans la mamelle.

Examen : petites tumeurs dures, mobiles, nombreuses.

Diagnostic : maladie kystique de la mamelle. Ablation totale le 2 janvier 1889.

M. Jeannel ne se rappelle pas si l'examen histologique de cette mamelle a été fait. Il nous dit seulement que les lésions macroscopiques étaient identiques à celles de la première mamelle amputée(1).

OBSERVATION II

(Complètement inédite.)

Le 30 octobre 1895, M. Jeannel a fait l'ablation totale de la mamelle gauche d'une femme de quarante ans. Le diagnostic avait été : squirrhe (il y avait de l'adénopathie axillaire). Extirpation totale et curage de l'aisselle. L'examen histologique a été fait par M. Rispal, professeur agrégé de la Faculté. Il s'agissait de kystes par rétention. M. Jeannel n'a pas d'autres renseignements à nous donner.

Dans la première observation, le syndrome de Reclus a succédé à une mammite, et l'examen histologique a révélé l'existence de lésions de mammite interstitielle. Ce fait est un de ceux qui contrecarrent les idées de Malassez et de Brissaud sur l'anatomie pathologique de la maladie kystique. Il donne raison à Duplay et à

(1) Il n'y a pas eu la moindre récurrence, et, en ce moment, l'état de santé est excellent.

Deffaux, à Tillaux et à Phocas. Il corrobore l'opinion de Verneuil qui ne croyait pas à la malignité du syndrome de Reclus.

M. Jeannel avait éliminé le diagnostic de maladie kystique en raison de l'absence de la bilatéralité de la lésion. Or nous voyons que, trois ans et demi après, la même femme est amputée de l'autre sein, et on trouve les lésions de la maladie kystique. La bilatéralité est donc un signe presque constant dans la maladie kystique. Mais l'on observe plus souvent la succession des lésions que leur simultanéité dans les deux mamelles. Ne pourrait-on pas expliquer cette bilatéralité par les liens physiologiques qui unissent les deux mamelles? On sait que les lymphatiques venant des deux mamelles se croisent sur la face antérieure du sternum. Il s'ensuit que l'infection partie du sein peut se propager au sein droit par la voie lymphatique.

C'est en vertu de cette notion qu'il est obligatoire, lorsqu'on étudie une lésion quelconque du sein, de chercher les adénopathies des deux côtés. Ce lien lymphatique nous fait très bien comprendre que l'infection d'une mamelle puisse se propager à l'autre. M. Jeannel avait porté, avec hésitation il est vrai, le diagnostic de squirrhe, mais enfin il s'était arrêté à cette idée. Broca, Verneuil et Terrier avait commis la même erreur, trompés par la dureté de la tumeur.

Le diagnostic différentiel est loin d'être aisé, surtout lorsque l'adipose du sujet empêche une exploration bien nette.

Dans la deuxième observation, un fait doit être remarqué. La malade avait de l'adénopathie axillaire du côté de la glande malade. Il n'y a donc pas des ganglions que dans l'épithélioma du sein. La mammite elle aussi peut en donner. En clinique, on ne tient pas assez compte de cette notion, et combien de mammites ont été dénommées épithéliomes et ont par suite nécessité l'extirpation de la glande, en vertu de l'envahissement ganglionnaire!

OBSERVATION III

(Complètement inédite). (1)

Voici l'histoire clinique d'une femme de 40 ans, entrée dans le service des chambres payantes de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, le 9 janvier 1896.

Il y a deux ou trois ans, cette femme a éprouvé de légères douleurs lancinantes au niveau du mamelon gauche. La mamelle, elle-même, était indolore.

(1) Recueillie par nous.

Pas d'autre phénomène douloureux jusqu'il y a un mois, époque à laquelle est survenue une douleur gravative ayant pour siège l'aisselle gauche et la région thoracique latérale gauche.

En même temps qu'il était douloureux, le mamelon gauche laissait suinter de temps à autre un liquide crémeux. Notre malade, alarmée par cette douleur et cette sécrétion, se fit examiner par son médecin, qui trouve une tumeur dans l'épaisseur de la mamelle gauche. Très petite à ce moment, la tumeur augmenta de volume lentement et progressivement.

L'enquête des antécédents nous apprend que notre malade n'a jamais subi de traumatisme sur la région mammaire gauche ; qu'elle n'a eu ni enfant, ni fausse-couche, qu'elle a été réglée à seize ans et mariée à vingt et un ans.

Nous notons qu'elle a eu la fièvre intermittente à trente-six ans et, depuis, des névralgies intercostales.

Rien à signaler dans l'hérédité.

En procédant à l'inspection de la mamelle gauche, nous ne trouvons pas qu'elle soit augmentée de volume. Son mamelon est rétracté, mais nous pouvons réduire facilement cette rétraction. Il est le siège d'un écoulement séreux.

En palpant la mamelle gauche, nous trouvons un grand nombre de tumeurs très dures, les unes de volume assez considérable, telles qu'une noix ; les autres plus nombreuses, plus petites, tels des grains de plomb qui cribleraient la glande. Cette perception est assez nette en raison de l'adipose peu prononcée du sujet. Notre palpation n'éveille pas de douleur.

La recherche des ganglions est faite soigneusement, des deux côtés, dans les régions claviculaire, axillaire, sur le bord externe du grand pectoral, et elle reste infructueuse. Le mamelon droit « démange » depuis un mois. Nous trouvons à son centre de petites croûtes et à sa périphérie une couronne rouge de papilles dénudées. La mamelle droite présente des inégalités de consistance, mais reste indolore malgré les pressions que nous exerçons sur elle.

L'état général de la malade est bon, malgré son nervosisme bien manifeste.

Le diagnostic de maladie kystique a été fait en raison de l'existence du grand nombre de petites tumeurs dures qui infiltrèrent la glande.

La lésion ne paraissait pas bilatérale, il est vrai, mais d'après Reclus lui-même, la bilatéralité des lésions n'est pas constante dans la maladie kystique, et puis la mamelle gauche est-elle absolument normale ? La malade éprouve, en ce moment, sur le mamelon gauche, le même prurit qu'elle a eu autrefois sur le mamelon droit. Il ne serait donc pas impossible que nous assistions au début de la lésion de la mamelle gauche.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic de maladie kystique étant ferme pour ce qui concernait la mamelle droite, une seule thérapeutique a été proposée et acceptée : l'ablation.

M. le professeur Jeannel nous a fait l'honneur de nous confier cette opération. Nous nous sommes borné à enlever la totalité de la mamelle gauche sans toucher à l'aisselle : rien, en effet, ne demandait le curage de celle-ci. Douze jours après l'opération, la malade sortait de l'Hôtel-Dieu complètement guérie. Nous avons obtenu la réunion par première intention.

L'examen macroscopique de la mamelle amputée nous a fait constater que la glande était épaissie. En la coupant dans tous les sens, on voyait un grand nombre de kystes de volume différent. Il y en avait de très petits ; quelques-uns étaient assez gros ; un liquide séreux en jaillissait. Nous avons coupé divers fragments et nous les avons confiés à M. Meurice, étudiant en médecine, chargé du service histologique de M. le professeur Jeannel, dans le laboratoire de dermato-syphiligraphie.

M. Audry a eu l'obligeance de nous donner la description microscopique suivante :

Les coupes examinées nous présentent : 1° une atmosphère conjonctive ; 2° des éléments de provenance épithéliale.

Le tissu conjonctif est absolument normal, constitué par faisceaux ondulés, semés de leurs cellules habituelles sans trace d'inflammation. Il ne présente de particularité qu'au pourtour immédiat des tubes épithéliaux. A ce niveau-là, on trouve quelques petits éléments arrondis, de forme irrégulière ; ce sont vraisemblablement des lymphocytes. Les tubes épithéliaux eux-mêmes que l'on rencontre, ne sont pas très sensiblement différents des acini normaux.

Ils sont disposés en lobules et figurés par une couche de cellules appliquées sur la limitante. Cette couche épithéliale est d'ordinaire formée par des cellules irrégulièrement cubiques. Les cellules sont disposées sur deux rangées bien indiquées par leurs noyaux. En d'autres points, elles sont tapissées par une ou deux couches d'épithélium, la couche externe se rapprochant sensiblement du type cylindrique. Enfin, la lésion originale est représentée par l'existence de cavités kystiques, nettement limitées par une seule couche d'épithélium cylindrique très bien caractérisée avec ses cellules allongées, claires dans la partie centrale, et leurs noyaux également allongés et rapprochés de la base.

Dans un ou deux endroits, on aperçoit quelques tubes, limités par deux ou trois couches de cellules épithéliales irrégulièrement polygonales. Ces cellules circonscrivent une aire arrondie et vide.

En résumé, on ne constate pas d'autre lésion bien positive que la présence des kystes limités par un épithélium cylindrique et qui ne sont autre chose que des kystes par rétention.

Il est impossible de trouver trace nette de néoformation d'épithélium.

Impossible aussi de trouver dans l'atmosphère conjonctive des désordres bien appréciables, tout au plus peut-on noter la légère infiltration embryonnaire qui entoure les acini.

Pronostic histologique bénin.

Nous voyons que dans cette observation, l'élément douleur a été le premier en date dans l'histoire symptomatologique. C'est la douleur qui a attiré l'attention de la malade. Le point douloureux siégeait dans le mamelon et était constitué par des élancements.

Cette période de douleurs lancinantes a duré peu de temps. Elle correspondait à l'établissement de l'inflammation des galactophores, car chez notre malade il y a eu, au début, galactophorite, et plus tard propagation de l'inflammation aux acini.

Un mois avant son entrée à l'hôpital, douleur gravative dans toute la région mammaire et l'aisselle gauche. Il semble à la malade qu'un poids tiraille sur sa mamelle et sur son aisselle. Cette douleur spéciale s'explique par la présence des nombreux kystes qui, farcissant la mamelle, la rendaient plus volumineuse et produisaient des compressions nerveuses.

Un autre symptôme contemporain de la douleur lancinante du début, fut l'écoulement d'un liquide crémeux par le mamelon gauche.

Autre signe d'inflammation des galactophores. Il n'y a eu ni accouchement, ni fausse-couche chez notre malade. On ne peut donc pas incriminer un retentissement puerpéral sur la mamelle. La cause de l'inflammation doit être cherchée ailleurs. La porte d'entrée a été les galactophores.

D'où vient l'infection, il est impossible de le savoir.

Au moment de notre examen, il n'y avait plus d'adénite axillaire, mais il ne faut pas oublier que nous étudions une inflammation éteinte depuis trois ans.

S'il y a eu adénite, elle a pu regresser, et il n'est pas nécessaire qu'il y en ait eu, si l'infection a été peu intense et ne s'est pas propagée.

La mamelle droite paraît saine au toucher, cependant son mamelon est douloureux et la malade compare son état à l'état où elle a vu son mamelon droit, il y a trois ans.

Nous ne serions pas étonnés de nous trouver en présence du début de la maladie dans la mamelle droite. Pour M. le professeur Jannel, l'indication de l'ablation de la mamelle droite était nettement posée. La malade avait, en effet, l'âge du cancer. De plus, la lésion existait depuis trois ans et, loin de regresser, devenait, chaque jour plus envahissante.

Enfin, dans le doute, comme l'abstention a une grande importance en pathologie mammaire, M. Jeannel se décide toujours pour l'intervention aussi précoce que possible. L'examen microscopique

nous a montré que les galactophores étaient dilatés et que les kystes étaient des kystes par rétention.

Notre interprétation est donc la suivante : cause infectieuse, venant on ne sait d'où. Les galactophores servent de porte d'entrée à cette cause infectieuse.

Ils s'enflamment, et à leur tour les acini sont atteints par le processus inflammatoire. Ils s'obstruent, et nous avons de l'accumulation de leur sécrétion.

C'est la pathogénie habituelle de tout kyste par rétention.

La femme guérira donc très bien, mais il est probable que son autre sein présentera dans quelque temps les lésions similaires à celles qu'avait la glande amputée et il faudra procéder à son ablation en temps utile.

CONCLUSIONS. — De nos trois observations de maladie kystique de la mamelle, il résulte que :

1° On doit tenir le plus grand compte des états infectieux qui ont précédé l'établissement de la maladie kystique.

La malade de l'observation I avait eu une mammite puerpérale.

La malade de l'observation III avait eu une sorte d'eczéma impétigineux du mamelon.

Voilà probablement la source de l'infection qui a envahi tout le système glandulaire de la mamelle. Si l'on peut trouver dans les antécédents de la malade l'existence d'un état infectieux, il faudra penser à l'inflammation mammaire en règle générale ;

2° Le symptôme douleur devra être interrogé avec le plus grand soin ; car il est presque toujours l'indice de l'inflammation de la glande. Du reste, les symptômes subjectifs des maladies de la mamelle sont, en règle générale, plus révélateurs que les symptômes objectifs ;

3° Le diagnostic doit être fait de l'inflammation et du cancer.

Cette conclusion est plutôt théorique que pratique, car il est bien connu que l'inflammation prépare souvent le terrain au cancer.

Nous connaissons des observations où des cancers se développent sur une fistule osseuse, sur un kyste sébacé. Le cancer peut donc avoir des antécédents inflammatoires.

Etant donné ces faits, qui nous dit que telle inflammation mammaire ne va pas faire du cancer ?

Connaissant les terribles ravages du cancer mammaire, nous comprenons que certains chirurgiens préconisent l'extirpation totale des tumeurs du sein quelles qu'elles soient.

La mammite manifestement reconnue, ne relève pas évidemment de cette thérapeutique.

Mais dans le doute, entre une mammite et un cancer, on doit traiter la tumeur comme un cancer.

TRAVAUX SUÉDOIS

Résumé et traduction par le Dr FR. ECKLUND (de Stockholm).

Contribution à la question sur le traitement rétro-péritonéal du moignon à l'amputation supravaginale de l'utérus, indiquée par des myomes de la matrice (1).

Par M. le Dr F. WESTERMARK.

Les résultats auxquels l'auteur est arrivé par ce mémoire, peuvent être résumés dans les thèses suivantes:

1. — L'amputation supravaginale de l'utérus avec traitement rétro-péritonéal du moignon est préférable aux méthodes anciennes. Il faut en trouver la cause en meilleures méthodes de fermer la porte à des hémorrhagies secondaires et en meilleure protection contre l'infection septique.

2. — Le lambeau postérieur péritonéal à l'application de la méthode de Chrobak est superflu pour l'occlusion parfaite du péritoine sur le moignon.

3. — Il faut faire la ligature immédiate des artères utérines après les avoir isolées, mais non appliquer une ligature en masse.

4. — La suture des ligaments larges coupés doit être préférée à la ligature.

5. — Pour empêcher la formation d'une hernie ventrale, il faut employer des sutures péritonéales et musculaires à demeure (ensevelies) dans la plaie abdominale.

6. — Le drainage de la cavité de la plaie avec de la gaze à iodoforme peut être dangereux; à tout événement il est inutile. Le drainage naturel par le canal du moignon est tout à fait suffisant.

7. — Les ovaires doivent être laissés lorsque des altérations pathologiques y survenues n'indiquent pas leur extirpation.

8. — Une élévation légère de la température arrive régulièrement pendant les premiers jours après l'opération, mais elle est sans signification pour la convalescence.

9. — L'amputation supravaginale de la matrice doit être employée exclusivement dans les cas où une méthode moins radicale, une énucléation de la tumeur ne puisse être exécutée, où celle-ci puisse être considérée comme plus dangereuse.

10. — L'amputation supravaginale de l'utérus, correctement exécutée,

(1) *Hygiea*, LIX; 7, p. 79-101; 8, p. 113-180.

donne de très bons résultats, qui égalent parfaitement n'importe quelles opérations abdominales.

11. — L'opération est indiquée dans certaines circonstances :

- A) En cas de graves hémorrhagies ;
- B) En cas de grande tumeur ou d'accroissement rapide de la tumeur ;
- C) En cas de dégénération hysteuse ou myxomateuse démontrée de la tumeur ;
- D) En cas de symptômes d'incarcération, irrémédiables d'une autre façon ;
- E) En cas de douleurs et symptômes de la part du péritoine.

Le plus souvent l'opération est indiquée par plusieurs de ces facteurs ensemble.

A. FR. EKLUND (Stockholm).

TRAVAUX ALLEMANDS

BACTÉRIOLOGIE. — De la culture du gonocoque

Par M. WASSERMAN (1).

Jusqu'ici on n'avait guère réussi à cultiver le gonocoque à cause de la difficulté que l'on éprouvait à se procurer du sérum-albumine stérile d'origine humaine : en stérilisant l'albumine, celle-ci se coagulait. Pour prévenir cette coagulation, je me suis servi de la nutrose de Salkowski (phosphate de soude et de caséine) et j'ai remplacé le sérum humain par du sérum de porc : j'ai préparé un milieu très favorable à la culture des gonocoques avec 15^{cc} de sérum de porc, 30 à 35^{cc} d'eau, 2 à 3^{cc} de glycérine et 0^{gr} 80 de nutrose. On stérilise ce mélange par l'ébullition pendant vingt à trente minutes sur la flamme d'une lampe à alcool. Au moment de s'en servir, on y ajoute parties égales de gélose peptonisée à 2 % et stérilisée, et on obtient un liquide suffisant pour six à huit plaques de culture.

Pour constater si le gonocoque produit une toxine spécifique, j'ai ajouté du bouillon de peptone aux cultures, j'ai laissé les cocci pendant trois jours dans ces cultures, puis après les avoir détruits, j'ai examiné le liquide de culture. Ce liquide contient une toxine spécifique très active, qui détermine une inflammation au niveau du point où on l'injecte en même temps qu'elle provoque de la fièvre ainsi que des douleurs musculaires et articulaires. Cette toxine se trouve dans le corps même des gonocoques : en effet, les cultures filtrées à la bougie Chamberland se montrent toujours inactives, tandis que le résidu de la

(1) Société de médecine berlinoise, d'après la *Semaine médicale*.

filtration, qui contient les microbes morts, produit de l'inflammation locale avec fièvre et tuméfaction des ganglions de voisinage.

Tous mes essais d'immunisation contre cette toxine ont échoué.

Ces recherches expliquent bien les cas d'arthrite blennorrhagique dans lesquels on ne trouve pas de gonocoques au sein des tissus malades; elles nous font également comprendre les troubles dont souffrent les femmes atteintes de pyosalpingite ou d'abcès pelviens d'origine blennorrhagique, où l'on ne rencontre que quelques rares gonocoques dans les parois des collections purulentes. Les gonocoques en effet périssent dans les épanchements et c'est pour cela qu'on les y décèle si rarement.

Au point de vue du traitement, ces expériences démontrent qu'on devra surtout s'attacher à débarrasser l'organisme de la toxine sécrétée par les gonocoques, c'est-à-dire à ouvrir les abcès enkystés.

BIBLIOGRAPHIE

Induced premature labour in certain diseases of the mother not obstructing delivery. (*Accouchement prématuré artificiel dans certaines affections de la mère, ne formant pas obstacle à la délivrance.*)

Par J. S. SWAYNE, D^r-M., Lond., professeur d'accouchement à l'Université de Bristol.

Cette brochure, qui contient plus particulièrement l'étude du diagnostic, symptômes et traitement des grossesses compliquées de certaines affections, est le fruit d'une pratique de plus d'un demi-siècle. L'auteur a observé 37 de ces cas, dans lesquels il a jugé nécessaire de provoquer l'accouchement prématurément. Dans 24 cas il a agi ainsi à cause de l'étroitesse du pelvis. Dans les 13 autres cas, la continuation de la grossesse était à redouter comme dangereuse par la présence de certaines affections et complications dues uniquement à la grossesse, sans aucun obstacle capable de rendre difficile ou dangereux l'accouchement.

Ces affections sont celles indiquées par le D^r Robert Barnes, in *Lectures on obstetric operations*, 1886, 4^e édition, page 378. — 1^o Vomissements incoercibles avec amaigrissement progressif et un pouls au-dessus de 120 depuis plusieurs jours; 2^o L'ictère grave avec diarrhée; 3^o L'albuminurie avec convulsions imminentes ou déclarées; 4^o L'aliénation mentale ou la chorée; 5^o Hémorrhagies amenant une anémie grave, surtout si elle résulte d'un commencement d'avortement ou d'un placenta prævia; dans certaines affections du cœur, des poumons, avec dyspnée intense, telles que : anévrysmes, hypertrophie considérable, lésions valvulaires, œdème des poumons, pleurésie.

D^r A.-F. P.

NOUVELLES

Administration générale de l'Assistance publique à Paris

CONCOURS pour les prix à décerner en 1897 à MM. les *Élèves internes* de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices.

Concours de médecine. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le Lundi 13 Décembre 1897, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les Elèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les Dimanches et Fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1^{er} au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 Octobre, dernier délai.

Concours de chirurgie et d'accouchement. — L'ouverture de ce Concours aura lieu le Jeudi 16 Décembre 1897, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les Elèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les Dimanches et Fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1^{er} au 15 Octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 Octobre, dernier délai.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy.*

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Des résultats de l'hystérectomie vaginale dans le cancer utérin.

Par M. le D^r JACOBS, de Bruxelles.

La question posée au Congrès implique une enquête sur tous les procédés opératoires dirigés contre le cancer utérin. Je bornerai les renseignements que je puis fournir, aux résultats que j'ai observés consécutivement à l'hystérectomie.

A la date du 1^{er} juin 1897, j'avais pratiqué soixante-cinq hystérectomies vaginales, quatre hystérectomies abdominales pour cancer utérin, me donnant comme résultats immédiats un décès

FEUILLETON

La femme médecin.

(suite) (1)

Toutes les femmes de génie ont été des intuitives plutôt que des femmes réellement savantes ; elles ont puisé dans une vie complète — trop complète, pour la plupart — les forces et l'inspiration nécessaires à l'éclosion de leur œuvre !

Normalement, la femme ne peut atteindre cette intensité de vie sans s'avilir ; de nos jours d'ailleurs, où l'humanité est appauvrie par les effets d'une civilisation allant à l'encontre de la nature, les femmes qui naissent

(1) Voir le numéro précédent.

marquées du sceau d'une double vocation sont excessivement rares.

Cependant combien d'entre elles s'improvisent doctoresse, peintre, écrivain ou sœur de charité.

Pour une d'entre elles qui atteint le sommet rêvé, combien d'autres parsèment de leurs chutes, de leurs défaillances, le rude sentier de la science, de l'art : abstraction suprême.

Pourquoi la médecine obtient-elle tant de suffrages féminins ?

C'est parce que cette science s'au-reole, aux yeux de la femme, de vertus essentiellement féminines : le dévouement, le sacrifice, l'amour ; inconsciemment la femme, en faisant choix de cette vocation, suit un instinct de sa nature. Elle croit y trouver la

pour les opérations vaginales, deux décès pour les opérations abdominales.

Le seul décès observé après l'hystérectomie vaginale est dû à une hémorrhagie abdominale déterminée, quelques heures après l'opération, par la rupture d'une veine variqueuse.

Les deux décès qui suivirent l'hystérectomie abdominale sont dus, l'un à des complications pulmonaires survenues neuf jours après l'opération, le second à une infection péritonéale, suite de rupture de poches annexielles purulentes pendant l'opération.

Sur ces soixante-neuf cas de cancer, nous eûmes cinquante-huit cas de cancer limité au col et onze cas de cancer du corps.

Les résultats au point de vue de la cure du cancer sont :

10 malades perdues de vue.

50 malades suivies, — 39 récidives, — 4 guérisons au-delà de deux ans, — 7 guérisons au-delà d'un an.

Les autres résultats sont trop récents.

Pour apprécier les résultats que donne l'ablation totale de l'utérus et des annexes dans le cancer utérin, il est nécessaire de se baser sur la localisation des lésions, leur degré d'ancienneté, leur nature.

De l'état actuel des appréciations chirurgicales du praticien en général, il résulte malheureusement que le plus grand nombre des cas de cancer utérin ne nous sont envoyés que lorsque les lésions sont si avancées que l'intervention n'est plus possible ou tout au

nourriture du cœur que toute autre carrière scientifique ne lui présente pas !

En cela consistera sa première désillusion. L'étude dessèche, stérilise les natures peu riches en sensibilités. La pratique de la médecine, de la chirurgie, tue chez la femme ses délicatesses et ses pudeurs intimes ; elle renonce à ses privilèges de femme pour trouver non pas la camaraderie, l'amitié de l'homme qu'elle rêvait et dont elle a un besoin immense, se sentant faible, plus faible que lui, mais l'hostilité sourde, si elle a du mérite ou de la tenue, à moins qu'elle ne rencontre sur sa route, par une faveur particulière de la providence, le soutien, l'ami dévoué, dans

le maître ou dans un étudiant quelconque. Cependant, si la femme reste dans son rôle d'infirmière intelligente et instruite, elle pourra vivre en suivant cette vocation, de cette vie du cœur qui lui est toujours nécessaire. Mais il s'agit pour elle de posséder cette vocation ; sa force physique, son âme doivent se trouver à la hauteur de cette vie de dévouement, faite de l'abstraction de la vie réelle.

Si elle possède ce rayonnement d'âme fait de retenue, de dignité, de grâce et de pudeur, elle répandra ce soulagement suprême parmi les malades qu'elle soignera et qui consiste dans le réconfort que donne « l'invisible bonté ».

Toute femme peut devenir « reine »

moins qu'elle doit être faite dans les plus mauvaises conditions de réussite opératoire ou de guérison prolongée. L'idée d'opération fait à ce point horreur encore à la majorité des praticiens, qu'ils préfèrent, de parti pris, assumer la responsabilité des traitements palliatifs prolongés ; ils essayent toutes espèces de thérapeutiques et nous envoient les malades à une période où le plus souvent le mal est au-dessus des ressources de la chirurgie, si tant est que la chirurgie puisse être utile dans le cancer. Aussi, n'est-il pas étonnant que la plupart de nos opérations restent *inutiles* dans leurs résultats tardifs.

Dans de telles conditions et quels que soient les peu encourageants résultats que nous ayons obtenus, nous regardons cependant comme indiquée l'extirpation de l'utérus et de ses annexes lorsque le cancer n'a pas envahi le tissu cellulaire voisin, les ganglions lymphatiques pelviens.

L'âge des malades semble tenir la première place dans l'appréciation du pronostic thérapeutique, — à ce point de vue nos résultats nous ont donné une conviction formelle :

Quelle que soit l'étendue des lésions, la récurrence suit d'autant plus rapidement l'opération que la malade est plus jeune.

De 20 à 35 ans, alors même que les lésions locales paraissent les plus favorables à une intervention radicale, nous les voyons récidiver souvent avant même que la cicatrisation opératoire ne soit achevée ; les symptômes morbides qui nous ont amené les malades

dans la sphère qu'elle a choisie, la sœur de charité parmi les pauvres, la mère de famille parmi tous ceux qu'elle groupe autour d'elle, par le pouvoir souverain de sa grâce et de sa beauté morale et physique.

La femme est de moitié en tout ce qui régit le monde ; elle est peut-être la raison fondamentale de toutes choses. Pourquoi déserterait-elle son empire ?

Non, la science ne peut être envisagée par le sexe faible au point de vue de son agrandissement moral. Elle sera la compagne aimée qu'on admet sous son toit ; mais elle sera mise par la femme au service de l'amour. Elle rendra l'union plus profonde, l'amitié plus intime et

plus durable, elle ne peut être l'idole unique à laquelle on sacrifie les joies qui nous viennent de la vie réelle.

Le besoin de science existe chez tous les êtres ; l'homme ne saurait monopoliser ces joies qui nous viennent des hautes curiosités satisfaites.

Si la femme est inférieure en puissance intellectuelle à l'homme, par sa sensibilité excessive, elle peut l'égaliser ou le surpasser en intelligence. Par son intuition elle atteint des vérités que l'homme est appelé à démontrer par le travail d'observation et d'expérimentation.

Pourquoi, au lieu de devenir rivaux les deux sexes ne deviendraient-ils pas de jour en jour davantage collaborateurs et plus amis ?

ont à peine eu le temps de s'amender quelque peu, que nous voyons apparaître le triste cortège des symptômes de la récurrence, vis-à-vis desquels nous allons nous trouver impuissants. Et, cependant, dans la plupart de ces cas, si l'on s'en tient à l'enseignement que donne la pratique, on n'intervient que lorsque les ligaments larges et les tissus péri-utérins paraissent encore indemnes de toute invasion cancéreuse. Il semblerait donc que nous n'avons actuellement aucun signe clinique qui puisse nous faire soupçonner cet envahissement voisin. La même activité épithéliale du néoplasme s'observe au cours de la grossesse et après l'accouchement. Aussi, si les circonstances font que nous soyons forcés d'intervenir dans ces conditions, devons-nous toujours mettre notre pronostic sous la sauvegarde de la plus grande réserve.

Les conditions générales de l'organisme semblent n'avoir que fort peu de poids dans les chances de survie des cas opérés avant 30-35 ans ; tout au contraire, ce sont elles qui nous donneront nos éléments d'appréciation dans les cas de cancer qui surviennent après 35 ans. L'étendue des lésions, la mobilité parfaite de l'organe utérin, l'intégrité des tissus vaginaux et péri-utérins, seront les bases sur lesquelles nous établirons les indications de notre intervention. Dans ces conditions, nous observerons les survies opératoires les plus longues, de un, deux et même trois années.

Dès que nous dépassons la ménopause, que nous approchons de

L'agrandissement moral de la femme ne peut se faire en dehors de l'homme, que l'homme mette son égoïsme de jouisseur de côté et qu'il entraîne la femme vers les sommets dont il est digne.

Les vaillantes, les sages, les réellement bonnes et intelligentes, les simples, les honnêtes, les droites surtout, seront choisies quoique pauvres. La question de la dot perdra de son importance ; il y aura moins de femmes souffrant dans un isolement fait de dédain de leur part pour le peu qui leur est offert, ou d'oubli immérité.

Pour remédier en général à un état « pathologique » de la société révélé par le mouvement féministe, il faut

par conséquent rendre le mariage une union plus libre, plus large, y mettre des deux côtés plus de compréhension de la vie réelle et saine.

Apprenons à nous connaître pour apprendre à nous satisfaire, en toute droiture, en toute honnêteté ; dégageons les réelles vérités d'un idéalisme faux, d'une morale surannée.

Aux femmes d'esprit, de cœur et de tête, aux hommes de bonne volonté de réunir leurs efforts pour propager et faire régner la lumière, afin de contribuer au réel bien de tous et de chacun.

Gazette médicale de Strasbourg.

60 ans, j'estime que l'intervention radicale doit être exceptionnelle. Les nombreux traitements palliatifs dont nous pouvons nous servir, suivant les symptômes, nous permettront de prolonger l'existence pendant un temps souvent très long, alors que l'opération radicale est rarement suivie d'une guérison bien prolongée. Ces malades nous arrivent toujours avec des lésions très avancées, dont elles supportent les inconvénients depuis fort longtemps, ce qui indique la lenteur de propagation. Ce n'est pas le symptôme *douleur* qui engage ces vieilles malades à nous consulter, ce sont les écoulements ichoreux et sanguinolents. La lenteur d'évolution du cancer utérin à cet âge, le peu de douleurs, l'étendue des lésions doivent nous engager à considérer l'intervention chirurgicale radicale comme contre-indiquée. N'oublions pas que l'hystérectomie devient particulièrement grave à cet âge et que les résultats thérapeutiques sont peu encourageants.

Voici les détails des cas que nous avons observés. Nous compléterons dans ce tableau la statistique que nous avons publiée en 1895. Les premiers cas datent de 1889 :

AGE	NOMBRE DE CAS	MORTALITÉ OPÉRATOIRE	RÉCIDIVES	GUÉRISONS
20 à 35 ans	18 cas	0	18 récid. { 8 dans les 2 1 ^{ers} mois 4 " 5 " 5 " 8 " 1 après 1 an.	1 guérison pendant 1 an
35 à 45 ans	37 cas	2	11 perdus de vue. 24 récid. { 9 dans les 3 1 ^{ers} mois 5 " 6 " 5 " 12 " 2 " 10 "	2 guéris au- delà de 2 ans
45 à 55 ans	12 cas	1	11 récid. { 7 avant la fin de la 1 ^{re} année. 4 pendant la 2 ^e an- née.	
55 à 70 ans	2 cas	0	2 récid. { au bout de 5 mois. au bout de 11 mois.	

Sur toutes ces opérations, je ne puis signaler que deux cas opérés au-delà de deux ans, et actuellement sans apparence de récurrence. L'examen microscopique ne peut me laisser aucun doute sur la nature de l'affection ; dans ce cas j'estime, cependant, que, vu l'âge de ces malades (l'une a 42 ans, l'autre 44 ans,) nous ne pouvons,

après si peu de temps, admettre que la guérison soit acquise définitivement.

De mes malades opérées, il y a 4, 5, 6, 7 et 8 ans, pas une seule, d'après mes recherches, n'est actuellement vivante. Toutes ont succombé plus ou moins rapidement à la récurrence et à la généralisation cancéreuse. Le bilan thérapeutique de mes observations est donc bien misérable quant à la possibilité de la guérison radicale du cancer par l'hystérectomie.

Les recherches au point de vue de la constatation de l'époque exacte de la récurrence sont difficiles, ardues. Lorsque de nouveaux symptômes morbides apparaissent, les malades perdent confiance dans leur chirurgien et vont confier ailleurs leurs misères ; d'autres ne nous reviennent que lorsque les lésions de récurrence sont déjà très avancées, d'autres enfin ne présentent pas de récurrence locale, mais des dégénérescences malignes dans les organes éloignés, ce qui les engage encore à ne nous revenir que tardivement.

J'ai pu constater la récurrence aux époques ci-dessous indiquées. J'ajoute à ces données l'âge des malades, qui a une si grande importance au point de vue de la rapidité de la récurrence :

1 mois après l'opération	5 cas.	21, 22, 24, 25 ans.
2 » »	3 »	27, 30, 41 ans.
3 » »	10 »	30, 32, 33, 35, 51, 70 ans
5 » »	4 »	27, 33, 47, 56 ans.
6 » »	8 »	29, 31, 35, 36, 38.
10 » »	7 »	36, 37, 30, 40, 41, 42 ans.
12 » »	6 »	26, 36, 42, 43, 45, 49 ans.
18 » »	2 »	49, 54 ans.
2 ans »	4 »	50, 56, 57, 59 ans.
3 ans »	5 »	46, 49, 51.

Toutes ces récurrences se sont produites dans le tissu cellulaire pelvien entamant en même temps les parois vaginales. Deux fois seulement j'ai constaté la récurrence cancéreuse avec vagin absolument indemne, l'une (après un an) présenta des tumeurs cancéreuses dans les creux d'aisselle, le cou ; l'autre (après deux ans) une infiltration cancéreuse de toute une moitié du bassin : envahissement péri-rectal et péri-vésical.

La mort dans tous ces cas de récurrence s'est produite de un à trois mois, généralement après l'apparition des premiers symptômes. Dans un seul cas, j'ai donné mes soins pendant *au-delà de 9 mois* à une malheureuse chez laquelle la récurrence s'était montrée 7 semaines après l'opération. Elle vécut (?) 7 mois environ avec un cloaque par où s'échappaient urines et matières fécales

L'analyse des chiffres cités démontre la vérité de ce que j'avais il y a trois ans : l'hystérectomie totale dans le cancer utérin donne de déplorables résultats au-dessous de 35 ans.

Il est des détails post-opératoires que l'on peut difficilement démontrer par des chiffres ; la rapidité de la récurrence des cas opérés au-dessous de 35 ans, est parfois excessive — au point que nous avons admis dans deux cas une marche véritablement *aiguë* de l'affection, ayant pu assister en quelques semaines à l'évolution complète de la généralisation cancéreuse. Il s'agissait dans ces deux cas d'épithélioma du col chez deux personnes au-dessous de 25 ans (présentant toutes deux des antécédents héréditaires cancéreux). L'intervention dans ces deux cas fut impossible à cause de la marche aiguë de l'affection qui amena la mort en quelques semaines.

Au-dessous de 35 ans, quelles que soient les conditions favorables de l'opération, la récurrence se présente, sauf exception, dans les 3 à 7 mois après l'intervention.

Aussi la question de la légitimité scientifique d'une opération de cette importance, dans ces conditions, vient-elle se faire nette vis-à-vis de nous.

Quels que soient nos résultats, nous croyons cependant que la proscription opératoire ne peut être absolue. Le chirurgien peut se trouver vis-à-vis de conditions opératoires telles qu'il doive considérer comme légitime le conseil de l'hystérectomie, — fût-ce comme traitement palliatif, — avec la certitude d'une récurrence urgente. Nous voulons parler de ces cas de cancer limité avec hémorragies abondantes, dans lesquels l'intervention se pose en question urgente.

En dehors de ces cas — toujours avant 35 ans — nous ne sommes partisans de l'intervention radicale que si l'opération se présente dans des conditions d'exécution absolument sûres et normales. J'estime que le chirurgien outrepasserait son devoir en conseillant une opération qui peut présenter des dangers sérieux, pour un résultat thérapeutique certainement nul.

Au-delà de 35 ans, nous avons observé des récurrences parfois terriblement rapides ; nous estimons cependant qu'alors le chirurgien doit borner les indications des interventions à l'étendue des lésions. Dans de bonnes conditions locales et générales, l'opération radicale peut donner des survies suffisamment longues et exemptes de symptômes douloureux pour légitimer l'opération.

Cette période d'indication va jusqu'à 55 ans. Après cet âge, notre

expérience nous permet d'avancer qu'il vaut mieux avoir recours aux traitements palliatifs qu'aux opérations radicales. Nous avons pu ainsi pendant des mois et des années soigner de vieilles personnes atteintes de cancer, sans qu'elles se soient jamais douté de leur affection.

Nous ne pouvons déduire aucune donnée précise, quant à la rapidité de récurrence de l'affection dans le cancer du col ou le cancer du corps. Sur 19 cas de cancer primitif du corps, — que toujours nous avons rencontré à un âge dépassant 40 ans — nous n'avons actuellement qu'un seul cas indemne de récurrence, opéré depuis un an et demi.

Nous ne croyons donc pas que les résultats éloignés soient meilleurs dans la forme qui atteint primitivement le corps ou dans celle qui atteint le col.

Les conclusions que nous pouvons émettre au point de vue de la voie opératoire à suivre, sont tout aussi peu probantes. La mortalité opératoire de l'hystérectomie vaginale est, peut-on dire, nulle. Nous avons aujourd'hui la conviction que l'hystérectomie abdominale offre les mêmes garanties. Peut-être trouverait-on avantage à se diriger par cette voie dans les cas où le col utérin, entrepris par le néoplasme, ne donne que peu de prises aux instruments, dans les cas de virgo-intacta, etc.

Nous restons convaincus que le mode opératoire, la voie suivie, n'ont aucune influence sur l'avenir des résultats. Quels que soient le siège du cancer, l'âge des malades, la récurrence reste, dans l'état actuel de nos connaissances et de nos moyens thérapeutiques, fatale dans un délai plus ou moins proche de l'intervention ; la guérison radicale est, aujourd'hui encore, *exceptionnelle*.

Les quelques résultats que nous retirons des opérations radicales, la disparition des douleurs, des hémorrhagies, des pertes ichoreuses, la reprise de l'état général, nous engagent cependant encore à ne pas refuser à ces malheureuses le bénéfice, fût-il temporaire, de l'intervention chirurgicale.

L'affection est fatalement progressive ; si nous parvenons à enrayer ses progrès pendant des mois et exceptionnellement, il est vrai, pendant des années, ne devons-nous pas, consciencieusement, admettre que, aujourd'hui encore, l'hystérectomie est peut-être le meilleur des traitements palliatifs dans le cancer de l'utérus ?

REVUE DE LA PRESSE

Epithélioma de la vulve. — Infection locale post-opératoire

Emploi du sérum antistreptococcique.

Par le docteur A. MORELLE, chef de service à l'Institut chirurgical de Bruxelles. (1)

L'emploi du sérum antistreptococcique est une question fortement discutée à l'heure actuelle. Les essais que l'on en a fait sont trop peu nombreux pour qu'on puisse tirer à ce sujet des conclusions définitives. J'ai eu l'occasion de l'employer dans un cas d'infection locale post-opératoire ; ce sera l'objet de cette communication.

M^{me} B..., 51 ans, se présente à l'institut chirurgical le 2 décembre. Elle se plaint d'avoir des démangeaisons aux parties génitales ; en se grattant elle se fait saigner.

A l'examen on voit une tumeur qui occupe la partie droite des organes génitaux externes. La grande et la petite lèvre sont confondues en une masse dure, végétante, ulcérée à plusieurs endroits dans sa partie interne. Ces ulcérations profondes sécrètent une sanie blanchâtre, d'odeur très fétide. Si l'on essaie de délimiter la néoformation, on voit qu'elle s'arrête en arrière à 5 centimètres de l'anus ; le vagin est entrepris sur une hauteur de 6 à 7 centimètres ; en haut le méat de l'urèthre est environné par la tumeur qui a envahi le clitoris. Dans le pli de l'aîne on sent plusieurs ganglions durs, dont l'un a le volume d'une noix.

Le diagnostic d'épithélioma s'imposait. Il fut du reste confirmé ultérieurement par l'examen microscopique de la tumeur et des ganglions extirpés.

L'opération est pratiquée le 6 novembre. Je commence par l'extirpation des ganglions de l'aîne : incision de 12 centim. parallèle au pli : enlèvement des ganglions et de tout le tissu graisseux jusqu'à l'aponévrose crurale ; suture complète de la plaie et pansement. Immédiatement après, enlèvement au bistouri et aux ciseaux de la tumeur vulvaire ; l'incision est faite à plusieurs centimètres de la limite extérieure du mal. Toute la moitié droite de la vulve, le clitoris et la partie supérieure de la grande lèvre à gauche sont extirpés ; le seul point délicat de l'opération est la dissection de l'urèthre ; elle est facilitée grâce à l'introduction d'une sonde pleine dans ce canal. Les lèvres de la plaie sont aisément réunies ; le méat urinaire est suturé. Pansement au dermatol, sonde à demeure.

Le 6 novembre au soir 37°.

Le 7 novembre au matin 37°4, le soir 38°6.

Le 8 novembre, la malade se plaint un peu de douleur à l'anus. La

(1) (Communication faite à la Société médico-chirurgicale du Brabant.)

plaie de la vulve donne un peu de pus. Matin, température 37°4; soir 39°2.

Le 9 novembre. A l'examen de la plaie de l'aîne on sent manifestement de la fluctuation; je fais sauter un point de suture. Du pus s'écoule en grande abondance. A la vulve, certaines sutures ont déchiré les tissus; la plaie sécrète abondamment. Les urines sont troubles.

L'examen bactériologique du pus de l'aîne, du pus de la vulve et des urines démontre la présence de trois micro-organismes: le proteus de Hauser, le staphylocoque pyogène doré et le streptocoque pyogène; ce dernier était en plus grande abondance dans les cultures. En plus, dans l'urine il y avait du bacille commun.

Après l'ouverture de l'abcès la température tombe le soir à 38°3.

Le 10 novembre température matin 37°, le soir 38°.

Le 11 " " 37°, " 38°.

A partir de cette date la température n'a plus jamais atteint 38°.

Voici l'état de la malade au cinquième jour après l'opération: une fistule à la partie interne de la plaie inguinale, laissant couler assez bien de pus; les deux lèvres de la plaie vulvaire sont presque entièrement séparées sauf au milieu. Comme traitement local on fait des lavages deux fois par jour avec une solution de formol à 1 % en même temps qu'un enveloppement humide avec le même liquide.

Mais dans les environs du pli de l'aîne une rougeur commençait à se montrer. Petit à petit cette rougeur s'étendit d'une part vers le haut de la cuisse, d'autre part vers la peau du ventre, en même temps qu'elle dépassait en dehors l'épine iliaque antérieure et supérieure. La région est manifestement gonflée et douloureuse. La malade présente en ce moment un peu de décubitus.

Malgré les lavages répétés, la rougeur continue à s'étendre les jours suivants. L'état de la malade n'était pas sans inspirer des inquiétudes. Les caractères de cette infection locale ressemblant à ceux que l'on voit dans les streptococcies, je me crois autorisé à faire l'essai du sérum antistreptococcique. Je tiens à remercier M. le professeur Denys, de Louvain, pour l'empressement qu'il a mis à me le faire parvenir.

Le 16 novembre, à 5 heures du soir, je commence par circonscrire, au crayon de nitrate d'argent, les limites de la rougeur.

Je délimite de la sorte une large bande parallèle au pli de l'aîne, d'une hauteur de 12 à 15 centimètres environ. Elle dépasse l'épine iliaque antérieure et supérieure et envahit la partie interne de la fesse.

Suivant les conseils de M. Denys, je pratique l'injection de manière à ce que les lymphatiques qui absorbent le sérum l'amènent dans le territoire infecté. J'injecte 60 centimètres cubes à 6 places au côté externe, antérieur et interne de la partie moyenne de la cuisse.

L'injection est peu douloureuse. — A 8 heures température de 37°.

En même temps je répète l'examen bactériologique du pus de l'aîne; de plus, je fais dans la partie externe de la plaque rouge une piqûre

profonde. A l'examen du sang, on voit les mêmes organismes que dans la plaie inguinale.

17 novembre (15 heures après l'injection). Le pus a changé de couleur; il est devenu semblable à une bouillie rougeâtre. La rougeur n'a plus augmenté. Température 36°8, soir 37°4.

18 novembre (40 heures après l'injection). La rougeur a manifestement diminué. La partie de la peau qui se trouve en dedans de la ligne de démarcation est redevenue pâle; la rougeur a presque diminué de moitié en hauteur. L'examen microscopique du pus de l'aine montre que les bacilles (proteus) et les staphylocoques sont encore assez abondants; mais on ne voit plus de streptocoques. Cependant il y en avait encore de vivants dans le pus, car leur présence a pu être décelée par des cultures en bouillon. — La température du 18 fut le matin 36°8, le soir 37°7.

Les jours suivants la rougeur disparut progressivement.

La marche de la maladie fut dès lors une amélioration progressive.

La sécrétion purulente à l'aine diminua. La plaie vulvaire se réunit par une seconde intention. Lorsque la malade quitte l'Institut, le 26 novembre, il ne reste plus qu'une fistule peu profonde à l'aine; quelques parties de la portion supérieure et inférieure de la plaie vulvaire ne sont pas encore complètement réunies.

Je note comme épiphénomène l'apparition, dix jours après l'injection, de larges plaques érythémateuses et surélevées qui sont le siège de démangeaisons très vives, enlevant le sommeil à la malade. Ces taches n'existent qu'à la cuisse droite, elles disparurent au bout de deux jours sans aucun traitement.

Métrorrhagie et mariage.

Quand une jeune fille est atteinte de métrorrhagie persistante, il est de règle de proscrire le mariage jusqu'à la cessation plus ou moins assurée de l'hémorrhagie.

Cependant M. Eustache vient de rapporter dans le *Journal des sciences médicales de Lille* un cas paradoxal, où le mariage a transformé une métrorrhagie rebelle en une aménorrhée non moins rebelle. Il est vrai qu'il s'agit d'une hystérique.

La jeune fille en question avait depuis près de cinq ans un écoulement sanguin contre lequel avaient échoué toute la gamme des médicaments toniques et hémostatiques, un curettage, un redressement utérin, la dilatation, le tamponnement intra-utérin, et même la suggestion hypnotique. Pendant plusieurs mois on eut recours à la columnisation du vagin.

La jeune fille quittait à peine le lit une ou deux heures par jour quand survint une demande en mariage acceptée avec bonheur par la mère et la fille à l'insu de tout le monde.

Pendant la période des fiançailles, le médecin pratiquait la columnisation du vagin de trois en trois jours, afin de permettre à la jeune fille de rester levée plus longtemps, d'aller et venir et de faire ainsi bonne contenance devant son fiancé, qui n'avait été mis au courant de rien. Bientôt poussée par les exigences de la situation, la malade sort, fait des courses ou des fatigues hors de proportion avec ses forces. L'hémorrhagie persistait, mais sans augmenter d'abondance, malgré ce changement de vie.

Le jour de la noce la situation n'avait pas changé. Le lendemain l'hémorrhagie avait cessé.

L'hémostase fut complète et dura pendant trois mois consécutifs au point que tous crurent à une grossesse, résultat de la première approche conjugale.

Mais au quatre-vingt douzième jour, les règles reparurent abondantes et douloureuses, donnant à l'entourage et au médecin lui-même l'illusion d'une fausse couche, sans corps de délit toutefois. Au bout de quatre jours l'hémorrhagie cessa spontanément.

Et depuis lors, c'est-à-dire depuis deux ans révolus, tout est fini. A une ménorrhagie absolument continue de trois ans succéda une aménorrhée non moins complète, qui menace de s'éterniser, sans que la santé générale paraisse en être atteinte, puisque les couleurs et l'embonpoint sont revenus malgré la persistance du tempérament hystérique.

Depuis plus de six mois, le médecin traitant qui auparavant avait épuisé chez elle toute la série des hémostatiques, administre avec non moins d'insistance la gamme des emménagogues sans que ceux-ci paraissent devoir être plus efficaces que ne l'avaient été ceux-là !

De l'occlusion intestinale vraie aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale. (1)

par M. le D^r CITTADINI.

Conclusions : 1^o L'occlusion intestinale vraie et aiguë est une complication redoutable et relativement fréquente de l'hystérectomie vaginale : il est logique de s'attacher à l'éviter, surtout chez les prédisposées, par un manuel opératoire spécial, tel que occlusion de la brèche vaginale par suture ou pincement, traction des pédicules ligamentaires en deçà du cul-de-sac ainsi formé ;

2^o Rien n'est à négliger dans l'étude des suites opératoires immédiates de l'hystérectomie vaginale, de telle sorte que l'iléus soit diagnostiqué dès son début et que l'on ne temporise pas dans la médication à y opposer. Ce diagnostic devra : a) préciser le siège de l'occlusion ; b) faire éliminer toute idée d'iléus paralytique par infection péritonéale généralisée ;

(1) Travail présenté au cercle médical de Bruxelles, le 2 octobre 1896.

3° Une fois établies l'origine mécanique de l'occlusion et l'indication d'intervenir chirurgicalement, il faudra limiter le traumatisme au strict nécessaire sous peine de complet mécompte. L'entérostomie suivant un procédé simple et rapide tel que celui de Chaput, est l'opération de choix. Elle sera faite à l'anesthésie locale.

La laparotomie pourra s'imposer dans la suite comme mesure curative de l'occlusion. Le pronostic de cette laparotomie secondaire tardive sera infiniment moins sombre que celui de la laparotomie d'emblée.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

Kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine.

M. KOENIG, de Paris. — Les relations qui existent entre les troubles de la menstruation et certaines complications oculaires sont aujourd'hui démontrées par des faits indiscutables, qui ont emprunté leur valeur scientifique aux notions bactériologiques et à la connaissance de l'influence que peuvent déterminer certains états physiologiques sur les diathèses latentes. L'auteur relate un fait clinique rare qu'il a pu suivre pendant 2 ans. Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, qui, pendant un an et demi, a eu à chaque époque menstruelle des troubles de la vision qui se manifestaient le plus souvent sur un œil et qui se traduisaient par l'infiltration dans le parenchyme cornéen de dépôts blanchâtres semblables à ceux que l'on observe dans la kératite interstitielle hérédo-spécifique. La lésion oculaire survenait 8 jours avant l'apparition des règles, et disparaissait après leur cessation. Le plus souvent ces accidents étaient bénins, mais à deux reprises ils compromirent sérieusement la cornée. L'infiltration l'avait presque entièrement envahie; l'injection périkeratique était très intense, la vision nulle, photophobie. Cette fois la kératite parenchymateuse dura un mois. Bien qu'il ait été impossible de trouver les preuves matérielles de la lésion provocatrice, on ne peut faire autrement que d'établir formellement une relation directe de cause à effet.

Cette forme de kératite profonde se différencie de la kératite interstitielle commune, qui est le plus souvent torpide, par une inflammation plus vive, le gonflement des paupières, des sécrétions catarrhales, et quelquefois de petites ulcérations de l'épithélium cornéen, et par la présence de petites pustules disséminées sur la sclérotique.

On peut reconnaître à cette kératite deux origines: l'origine infectieuse par la voie génitale et l'origine diathésique, c'est-à-dire le réveil d'une diathèse latente qui éclate sous l'influence de l'établissement ou d'un trouble quelconque.

Chez la malade de M. Kœnig, bien qu'on n'ait pas reconnu de lésion utérine, on est en droit de supposer, en l'absence de toute trace de

syphilis héréditaire ou acquise, une auto-infection. Les organes génitaux contiennent à l'état normal de nombreux micro-organismes qui, grâce aux phénomènes épithéliaux et vasculaires qui se produisent pendant la menstruation, pénètrent dans le sang et le rendent toxique. La malade n'est pas indemne de toute tare constitutionnelle, on retrouve chez elle de nombreux stigmates de scrofule et de lymphatisme. C'est évidemment à la faveur de cette déchéance organique que les complications de l'organe visuel se sont manifestées.

Actuellement, à la suite d'un traitement qui a consisté en injections antiseptiques de la cavité vaginale, et en soins hygiéniques minutieux, les phénomènes oculaires n'ont plus reparu, et les cornées ont conservé l'intégrité parfaite de leur transparence.

CONGRÈS DE MOSCOU

De la nécessité d'étendre les connaissances sur l'hygiène des femmes par rapport à la prophylaxie gynécologique.

Par M. Bossi, de Gênes

Il est nécessaire de faire connaître aux sages-femmes, aux femmes médecins et aux femmes non médecins l'importance qu'a la prophylaxie gynécologique dans la pratique obstétricale ; de rappeler qu'il ne suffit pas de sauver la mère et son fœtus, mais qu'il est nécessaire de veiller à ce que l'appareil qui vient d'accomplir sa fonction soit conservé dans des conditions telles, qu'il puisse en son temps la renouveler heureusement ; de les persuader de la nécessité qu'il y a, particulièrement pour la partie gynécologique et obstétricale, d'être spécialiste, puisque très graves sont les conséquences des examens génitaux et des traitements mal exécutés, ou exécutés sans toutes les règles techniques nécessaires ; à établir des sociétés qui pourraient s'appeler *pro muliere*, lesquelles, soit par distribution de livres *ad hoc*, soit par des conférences périodiques, soit aussi par de vrais cours d'enseignement, contribueraient à la propagande des opinions sérieuses sur l'hygiène des femmes en ce qui se rapporte à la prophylaxie gynécologique.

Il est nécessaire que les femmes et surtout les mères connaissent les dangers très graves qui dérivent des infractions aux règles hygiéniques aussi bien quant à l'âge, que quant au développement et aux fonctions conjugales, surtout pour ce qui est des *fraudes conjugales* qui deviennent aujourd'hui, à cause des exigences sociales, malheureusement presque habituelles.

NOUVELLES

FÉCONDITÉ. — Grossesse triple. — Un cas de fécondité assez curieux vient d'être constaté par les registres de l'état civil de Limoges. La femme d'un tailleur, dont le magasin porte l'enseigne : « Au père de famille », vient de mettre au monde trois enfants : deux garçons et une fille, tous bien constitués et ne demandant qu'à vivre. Les trois nouveaux-nés portent à neuf le nombre des enfants actuellement vivants de notre compatriote.

FÉCONDITÉ EXCEPTIONNELLE. — De Tulle on signale aussi un cas de fécondité très rare qui s'est produit ces jours-ci à Combressol : une dame Saint-Germain a mis au monde quatre enfants du sexe masculin, qui ont vécu trois jours. La santé de la mère est excellente.

La séance d'inauguration du XII^e Congrès international de médecine a eu lieu le jeudi 26 août, sous la présidence du grand-duc Serge Alexandrowitch, au grand théâtre de Moscou.

7,300 médecins ont pris part aux travaux du Congrès, dont 800 Allemands, 800 Autrichiens, 400 Français, 300 Anglais, 120 Américains.

Le ministre de l'Instruction publique, M. Delianoff, a ouvert la séance par un discours de bienvenue. Après une allocution de M. Sklifossovski, président du Congrès, et de M. Roth, secrétaire général, M. Lannelongue a fait une communication sur la thérapeutique des tuberculoses ostéo-articulaires. M. Lauder Brunton a traité des relations qui existent entre la physiologie, la pharmacologie et la médecine, et M. Virchow a parlé de la médecine dans ses rapports avec la biologie.

Le quatrième Congrès français de médecine interne s'ouvrira à Montpellier le mardi 12 avril 1898, sous la présidence du professeur Bernheim, de Nancy.

Les trois questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour :

1^o *Formes cliniques de la tuberculose pulmonaire.* — Rapporteurs : MM. Bard, de Lyon ; Vergely, de Bordeaux ; Révilliod, de Genève.

2^o *Associations microbiennes et infections mixtes.* — Rapporteurs : MM. Spillmann, de Nancy ; Widal, de Paris ; Malvoz, de Liège.

3^o *Utilisation thérapeutique des organes à sécrétion interne.* — Rapporteurs : MM. Lemoine, de Lille ; Mossé, de Toulouse ; de Cérenville, de Lausanne.

Le prochain Congrès international de médecine se tiendra à Paris en 1900. M. le professeur Lannelongue a été élu président, et M. Chauffard secrétaire général.

Un concours s'ouvrira le 3 Février 1898 devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique obstétricale à l'école de plein exercice de Médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant.

UNE DOCTORESSE CHINOISE. — L'hôpital Siang-Hu de Foa Chow est dirigé par une Doctoresse chinoise, la D^{re} Hu King Eng, qui a fait ses études médicales aux Etats-Unis.

RÉPONSE AMUSANTE A UN EXAMEN. — Le correspondant de la *Lancette*, de Vienne dit que les Cercles Médicaux de Vienne se sont beaucoup égayés de la réponse faite par un étudiant à un examen d'anatomie pathologique. Comme on lui demandait d'énumérer les organes du corps les plus communément atteints de kyste, il en énuméra plusieurs, mais il oublia l'ovaire. L'examineur, tout naturellement, lui dit : Vous oubliez un organe que vous ne possédez pas ; et le candidat, qui était d'origine juive, répondit : Oh ! le prépuce !

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières*.

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du **D^r FRANK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE DE GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Des rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines ;

Par J. CORNILLON.

Si, à l'état normal, les fonctions hépatiques et utérines sont absolument distinctes, pathologiquement, elles ont des relations étroites. Dans les hyperémies chroniques du foie, dans les cirrhoses et la lithiase biliaire, les troubles de la menstruation sont fréquents : aujourd'hui, nous nous contenterons de signaler ceux qu'on observe chez les personnes atteintes de cette dernière affection.

Il n'y a guère qu'une quinzaine d'années que l'on sait positivement que les accès de colique hépatique se manifestent de préférence à l'approche des règles. Auparavant, lorsqu'une femme, ayant toutes les apparences extérieures d'une bonne santé, se plaignait, au moment de ses règles, de vomissements, de douleurs lombaires et vers l'hypochondre droit, on s'accordait assez unanimement à dire que la cause de ces souffrances résidait dans l'utérus et ses annexes ; et, quand on ne trouvait aucune lésion dans ces organes, on incriminait le nervosisme, quelquefois même le rhumatisme. Rarement, on songeait au foie et à l'appareil biliaire ; il fallait l'apparition soudaine d'un ictère pour dessiller les yeux, et souvent on attendait des années avant que ce symptôme tombât sous les sens, car la coloration jaune des téguments fait souvent défaut dans les accidents douloureux de la cholélithiase, surtout à sa période de début. Certes, les exemples de colique hépatique en dehors des menstrues, ne sont pas rares, mais ce n'est pas de la sorte que les choses se passent ordinairement. D'habitude, l'accès se déclare la veille de l'écoulement du flux cataménial, parfois le lendemain ou le surlendemain et

exceptionnellement lorsqu'il est entièrement terminé. Dans le premier cas, l'écoulement sanguin marque généralement la fin des douleurs ou tout au moins leur atténuation; il n'en est pas de même dans les deux autres.

Chez les jeunes femmes atteintes de lithiase biliaire à accès courts et éloignés, les règles évoluent normalement, mais, s'ils sont longs et fréquents, elles deviennent irrégulières. Tantôt elles disparaissent pendant plusieurs mois, et leur retour semble coïncider avec une amélioration sensible de l'état général; tantôt alors elles continuent à se montrer, mais elles n'ont rien de fixe dans leur apparition; ici, elles avancent de 8 jours, là, de 15; parfois elles sont à peine perceptibles et se terminent en 24 heures, d'autres fois elles durent une semaine, et donnent naissance à de véritables métrorrhagies. Toutes ces particularités n'auraient rien d'extraordinaire, si les organes pelviens étaient le siège d'une inflammation étendue ou d'une tumeur quelconque, mais, dans tous les cas où nous avons noté ces désordres de la menstruation, l'utérus était sain.

A quoi peut-on attribuer cette influence de la période menstruelle sur la production des accès de colique hépatique? La première hypothèse qui s'offre à l'esprit c'est qu'ils sont le résultat d'une action réflexe, mais cette explication paraît trop banale pour qu'on s'y arrête un instant. A l'approche des règles, les femmes deviennent maussades, irritables, les organes de la génération se congestionnent ainsi que les autres viscères abdominaux. Ces deux phénomènes passagers, nervosisme et pléthore veineuse, suffisent pour décider le retour des coliques hépatiques.

Les faits cliniques semblent donner raison à cette manière de voir. La lithiase biliaire est, en effet, exceptionnelle dans la première enfance, rare dans la seconde, et ne commence à être communément observée qu'à partir de la puberté, pour acquérir son maximum de fréquence entre 20 et 35 ans. Si, à cette période de l'existence, d'autres causes peuvent être invoquées, il n'en est pas moins vrai que les coliques hépatiques correspondent au moment où les fonctions utérines sont en pleine activité. A l'époque de la ménopause, cette affection traverse une phase. Si les accès ont disparu depuis plusieurs années, il n'est pas rare de les voir reparaitre avec leur forme et leur intensité habituelles, et, si malgré le traitement qu'on a dirigé contre eux, ils ont persisté, ils redoublent alors de fréquence et d'acuité. Ces rappels ou redoublements de souffrances coïncident assez volontiers avec des métrorrhagies inquiétantes.

Lorsque la ménopause est définitivement établie, les accidents de la lithiasé biliaire changent de caractère. Au lieu d'accès francs avec leurs points classiques et leur cycle accoutumé, on constate des douleurs presque constantes et pas très vives et ayant leur siège à l'hypocondre droit. En somme, à un état maladif intermittent, succède un état permanent qui persiste souvent des semaines et des mois. Les règles reparaissent alors sous forme de pertes tantôt légères et de courte durée, tantôt, au contraire, fortes et longues; et, au bout d'un laps de temps variable, tout rentre dans l'ordre.

Quand l'écoulement menstruel, au lieu d'être supprimé définitivement comme à la ménopause, n'est suspendu que comme dans la grossesse, il y a également suspension des accès de colique hépatique. Cette espèce d'immunité dont jouissent les femmes grosses dure ordinairement jusqu'au retour de couches et même jusqu'à la fin de la lactation. Cette dernière règle est moins inflexible que pour la grossesse elle-même, parce que sans doute l'arrêt de la menstruation est moins absolu dans un cas que dans l'autre. Il arrive, en effet, que certaines femmes sont obligées, à cause de la violence et aussi de la fréquence de leurs accès, soit de prendre une nourrice, soit de sevrer prématurément leur enfant, tantôt parce qu'elles n'ont plus assez de lait, tantôt parce qu'il s'est altéré. De ce fait, on pourrait presque déduire qu'à l'instar des fonctions de l'utérus celles de la mamelle sont bouleversées par la cholélithiasé. Si, pendant toute la durée de la gestation et de l'allaitement, le foie sommeille, il se réveille brusquement à l'époque du sevrage. Non seulement les crises de colique hépatique reviennent, mais encore elles redoublent d'intensité. On dirait que les calculs, trop longtemps emprisonnés dans la vésicule biliaire, éprouvent le besoin de sortir en toute hâte. Au bout de quelques semaines, parfois de quelques mois, la malade reprend la physionomie qu'elle avait avant la grossesse.

Depuis qu'on pratique sur une vaste échelle des opérations sur l'utérus et ses annexes, je me suis aperçu que l'intervention chirurgicale paraissait avoir du retentissement sur les maladies du foie, soit qu'elles existassent effectivement, soit qu'elles se trouvassent seulement à l'état latent. Malheureusement, les faits que j'ai consignés ne sont pas assez nombreux pour m'autoriser à prendre des conclusions fermes. Ils se bornent en effet à cinq cas. Dans trois d'entre eux, le curettage fut suivi d'accès de colique hépatique chez des jeunes femmes qui n'en avaient pas eu jusqu'alors; dans le quatrième, l'ablation partielle du col, et, dans le cinquième, la laparotomie pour un kyste de l'ovaire, ramenèrent des accidents du

même ordre chez des personnes qui n'en avaient plus souffert depuis plusieurs années. Chez l'une, les souffrances se manifestèrent peu de temps après l'opération ; chez une autre, quelques jours après ; chez les trois dernières, au moment de la cicatrisation de la plaie chirurgicale. Je n'ai pas remarqué que, dans ces cas, les troubles de l'excrétion de la bile aient empêché ou retardé la guérison. C'est au traumatisme utérin, et peut-être aussi à l'immobilité prolongée à laquelle avaient été condamnées les malades, avant et après l'opération, qu'on doit imputer cette apparition brusque de souffrances.

De toutes ces considérations, il ressort que les manifestations douloureuses et répétées de la lithiase biliaire retentissent sur les menstrues, qu'elles en troublent la régularité et en modifient la quantité, que pendant la grossesse ces crises s'apaisent, qu'au moment du sevrage elles redoublent d'acuité ; qu'à la ménopause, elles s'accompagnent parfois de métrorrhagies ; qu'enfin les opérations chirurgicales pratiquées sur l'utérus, paraissent en favoriser le retour ou les faire naître quand, jusqu'alors, elles n'existaient qu'à l'état latent.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 26 Juillet 1897.

Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en thérapeutique électrique. (Note de M. le docteur G. APOSTOLI, présentée par M. d'ARSONVAL.)

L'appareil à courant sinusoïdal du professeur d'Arsonval permet, par un dispositif très simple, d'obtenir un courant sinusoïdal passant seulement par zéro, sans *changement de sens*. C'est là un *courant ondulatoire* d'après M. d'Arsonval.

Le courant ondulatoire, entièrement inédit jusqu'à ce jour en gynécologie, a été l'objet, depuis 1896, de la part du docteur Apostoli, d'une série de recherches nouvelles dont voici l'exposé synthétique.

Le courant ondulatoire justifie pleinement les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval, dérivées de la connaissance de la *caractéristique d'excitation neuro-musculaire* et de ses rapports avec la forme de l'onde électrique.

Il met très bien en relief les propriétés valables des ondes électriques dont il augmente la tolérance et surtout la puissance par les trois caractères suivants :

- Suppression de l'alternance ou du renversement ;
- Conservation de la courbe sinusoïdale ;

Adjonction du pouvoir électrolytique avec direction polaire constante.

Ainsi, avec une onde électrique non alternante ni renversée, frappant toujours dans le même sens, associant les effets variables aux effets continus et électrolytiques du courant, variant son voltage, le nombre de ses périodes et par suite son intensité même, suivant la volonté de l'opérateur, on vérifie dans les meilleures conditions les propriétés déjà formulées par le professeur d'Arsonval du courant alternatif sinusoïdal, et on étend même en l'élargissant le champ d'application thérapeutique de ce dernier.

L'épreuve clinique a été, entre les mains du docteur Apostoli, pleinement confirmative de ces prémisses physiques et physiologiques, et voici les résultats thérapeutiques généraux qu'il a constatés après une expérimentation commencée en 1896 et d'après les réponses faites au total par 145 malades, dont 108 pour la gynécologie seulement.

La présente note ne vise que les réponses seules obtenues en gynécologie ; l'épreuve parallèle que le docteur Apostoli a faite depuis 1896 sur trente-sept malades contre des troubles nerveux, douloureux ou trophiques de nature variée, soit en applications dans l'eau, soit en applications externes, en dehors du bain liquide, seront l'objet d'un prochain mémoire.

Le courant ondulateur a été appliqué au total 1170 fois, avec la collaboration de ses assistants MM. Marques et Laquerrière, du 1^{er} avril au 1^{er} juillet 1897, à 108 malades atteints des affections gynécologiques les plus diverses, sauf les collections purulentes et les néoplasmes malins.

L'application quotidienne, ou tous les deux jours, faite cinq minutes chaque fois, soit exclusivement dans le vagin (786) avec une électrode protégée par la ouate, soit dans l'utérus, dans la cavité cervicale (384 fois), à l'aide d'une électrode nue en platine, le circuit étant toujours fermé sur le ventre par un gâteau de terre glaise, a été constamment d'une innocuité absolue.

La dose moyenne, progressive, très bien tolérée (sans aucune réaction opératoire ou post-opératoire autre qu'une fatigue ou une courbature de courte durée, sans fièvre ni douleur), a varié entre 15 et 25 milliampères ; très rarement elle a atteint 50 milliampères ; la vitesse a oscillé entre 1.800 et 2.500 périodes par minute, et le voltage moyen a été de 15 à 25 volts.

RÉSULTATS ANATOMIQUES : Le courant ondulateur, jusqu'ici sans action appréciable sur le volume des fibromes, aide à la résorption des exsudats péri-utérins et à la libération de leurs adhérences périphériques.

RÉSULTATS SYMPTOMATIQUES : *Douleurs intermenstruelles.* — C'est un analgésique puissant qui, par une sorte de massage vibratoire, calme la douleur, l'atténue ou la fait disparaître le plus souvent s'il est

assez longtemps continué, sauf dans les tumeurs malignes ou suppurées où, du reste, il n'a pas été appliqué.

Tout-puissant par son application vaginale et surtout intra-cervicale contre les douleurs abdominales, lombaires, inguinales, crurales, sciatiques ou rectales, il conserve toutefois très peu d'efficacité par cette même localisation contre les douleurs ombilicales et épigastriques.

Dysménorrhée. — Presque constamment, elle est favorablement influencée et ne tarde même pas à disparaître sous l'influence des applications, soit vaginales, soit intra-cervicales, assez fréquemment répétées et assez voisines de l'apparition des règles.

Hémorrhagies. — Les applications vaginales sont peu ou pas efficaces contre les hémorrhagies utérines.

Au contraire, lorsque l'électrode métallique est appliquée dans l'utérus, on obtient fréquemment un effet hémostatique, mais à un degré qui paraît encore inférieur à l'action des galvano-caustiques positives.

Leucorrhée. — Peu ou pas efficace contre la leucorrhée lorsqu'il est appliqué dans le vagin, ce même courant devient plus actif et présente quelquefois une réelle efficacité contre ce symptôme dans ses applications intra-cervicales.

Aménorrhée. — L'application polaire négative du courant ondulatoire est généralement moins active et moins efficace contre l'aménorrhée que celle du courant continu.

Constipation. — Elle a été fréquemment et très favorablement combattue, mais par les applications intra-cervicales seules.

EN RÉSUMÉ : Le courant ondulatoire, en gynécologie, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, sans action appréciable sur l'évolution des néoplasmes utérins ou annexiels, paraît être jusqu'ici le médicament par excellence de la *douleur*.

Moins souverain, mais fréquemment efficace quand même contre les hémorrhagies, contre la leucorrhée et la constipation, il aide encore très favorablement à la résorption des exsudats péri-utérins et il constitue un *analgésique* et un *décongestionnant* de premier ordre.

Ainsi, le courant ondulatoire est une acquisition précieuse pour la thérapeutique électrique et est destiné, d'après le docteur Apostoli, à prendre une place très importante à côté des autres modes électriques déjà connus.

CONGRÈS DE MOSCOU

Section de chirurgie.

De la néphropexie. — (Description d'un nouveau procédé opératoire.)

M. JONNESCO, de Bucarest. — La néphropexie, comme toutes les opérations plastiques, a rencontré beaucoup de détracteurs et autant d'admirateurs.

La réserve des uns s'explique par le mauvais choix des cas, et souvent par le procédé opératoire employé qui laissait à désirer, surtout dans une opération qui doit être absolument bénigne et parfaitement curative pour en légitimer l'emploi.

L'emballlement des autres doit tenir au choix plus judicieux des indications opératoires et surtout à des modifications de technique qui leur a permis d'avoir des résultats thérapeutiques meilleurs.

C'est dire que deux conditions importantes doivent être réalisées pour que la néphropexie puisse donner des résultats thérapeutiques satisfaisants :

- 1° Le choix des indications opératoires ;
- 2° Le procédé opératoire qui réponde au triple *desideratum* :
 - a) La bénignité absolue ;
 - b) Assurer la fixation définitive du rein dans une bonne position ;
 - c) Altérer le moins possible le tissu rénal.

I. — L'indication opératoire capitale peut se résumer en deux mots : il faut s'assurer que les troubles accusés sont dus à la ptose rénale ou que celle-ci contribue pour une large part dans leur manifestation. Ces troubles peuvent être généraux, de voisinage ou locaux. Parmi les premiers, je signalerai surtout les phénomènes nerveux. Convaincu que le plus souvent il y a une relation étroite de cause à effet entre ces phénomènes névropathiques et la ptose rénale, tout au moins en exagérant l'état nerveux déjà existant, je n'hésite pas à proposer la néphropexie dans ces cas et cela contre l'avis de beaucoup de chirurgiens ; j'ai obtenu en effet d'excellents résultats dans de pareils cas où, à la suite d'une bonne fixation du ou des reins ectopiés, les phénomènes nerveux se sont considérablement amendés et ont même disparu.

Les accidents urémiques à forme gastro-intestinale, avec des vomissements incoercibles souvent, forment une indication importante, car j'ai vu, ainsi que d'autres chirurgiens (Picqué), cesser tous les troubles à la suite de la fixation du rein.

Les troubles dus à des compressions de voisinage, l'ictère par exemple, par compression du canal hépatique (Hale White), légitiment une intervention dont le résultat thérapeutique sera excellent.

Les douleurs locales, continues ou intermittentes, l'hydronéphrose intermittente, la pyonéphrose, quand elles reconnaissent pour cause immédiate la mobilité rénale, constituent des indications indiscutables d'une néphropexie hâtive.

Dans tous ces cas, la néphropexie est indiquée et elle sera certainement efficace, mais à une seule condition : d'être double, alors que les deux reins présentent une mobilité souvent inégale, plus accentuée d'un côté. C'est pour avoir négligé cette indication que l'opération a paru souvent sans résultat. On s'est adressé en effet au rein plus mobile ou totalement ectopié et on a négligé le rein opposé dont le déplacement paraissait moindre, mais qui était en réalité suffisant pour faire persister les troubles antérieurs. Il ne faut pas trop s'intéresser au degré de mobilité ; j'ai observé des cas où un rein à peine mobilisable était la cause réelle de troubles sérieux. Aussi, conduit par cette indication, j'ai pu guérir 2 malades avec une double néphropexie. Après

la fixation du rein droit le plus appréciablement mobile, les phénomènes nerveux et les douleurs continuant, j'ai pratiqué la fixation du rein gauche et ce n'est qu'après cette seconde intervention que mes malades ont parfaitement et définitivement guéri.

Comme contre-indication, je n'en vois qu'une : la néphro-entéroptose, cette chute générale des viscères réclamant plutôt un traitement orthopédique qu'une intervention opératoire qui sera presque toujours inefficace, donc inutile.

II. — L'indication opératoire bien posée, il s'agit de faire le choix d'un procédé opératoire qui réponde aux trois conditions essentielles : la bénignité, l'efficacité, c'est-à-dire la fixation permanente et définitive du rein dans une bonne position, permettant l'écoulement facile de l'urine et la conservation de l'intégrité du parenchyme rénal. Or, de tous les procédés connus, aucun ne remplit ces trois conditions.

En effet, sans parler de la néphropexie transpéritonéale, opération de nécessité, les diverses procédés de néphropexie translombaire peuvent se résumer ainsi :

a) La néphropexie par la suture de la capsule adipeuse du rein aux bords de la plaie, imaginée par Hahn en 1881 et appliquée par Robert Weir, de New-York, en 1883, Agnew Hayes, de Philadelphie, en 1885, et Turgard en 1887, a été vite abandonnée à cause de la récurrence inévitable ;

b) Le procédé par la suture de la capsule adipeuse et de la capsule fibreuse propre du rein, imaginée par Hahn et exécutée par beaucoup de chirurgiens (Ceccherelli, Paoli, Kümmell, Richardson, Gilmore, etc.), n'a pas eu plus de succès à cause des fréquentes récurrences auxquelles il donne lieu.

c) La néphropexie par suture de la capsule adipeuse et du rein lui-même, imaginée par Bassini, exécutée par Delhaes, Kuster, Swenson, Lauenstein, Gardner, Newman, Paoli, Willcox (de Buffalo), Morris, Duret, etc., quoique plus efficace, ne déterminait pas des adhérences suffisantes et les récurrences fréquentes l'ont fait abandonner. Reste :

d) La néphropexie par fixation du rein seul, après résection ou simple éloignement de sa capsule adipeuse, celle-ci étant, sans les procédés précédents, la véritable cause de l'inefficacité de l'opération, par son opposition à la formation des adhérences solides.

Ce procédé se fait de deux manières :

a) Avec décortication du rein par sa capsule propre ;

b) Sans décortication.

Au dernier procédé imaginé par Guyon en 1888 et modifié par lui-même en 1891 et par son élève Albarran en 1895, on peut objecter la faiblesse des adhérences qui se forment entre le rein non décortiqué et les parois de la plaie, d'où récurrences assez fréquentes.

Le procédé avec décortication imaginé par Lloyd en 1887 et vulgarisé par les études expérimentales de Tuffier en 1889 a obvié à cet inconvénient. Employé avec succès dans tous les pays, ce procédé a en effet l'avantage de donner lieu à des adhérences solides, fait bien mis en évidence par les expériences de Tuffier, Delagenière, Albarran, etc.

Avec ou sans décortication, le procédé de Guyon et ses dérivés

présentent deux grands inconvénients : la position donnée au rein fixé et le mode de fixation de l'organe, c'est-à-dire la suture. En effet, dans le procédé Guyon-Tuffier et ses dérivés, le rein n'est pas fixé dans toute l'étendue de son bord externe ; son extrémité inférieure seule est fixée, tandis que la supérieure est poussée sous les côtes, cherchant ainsi à remettre l'organe dans une situation s'approchant de la normale. Or, à ce fait est due la luxation fréquente de l'extrémité supérieure du rein avec toutes ses conséquences, due à la strangulation rénale consécutive. De plus, un seul des trois fils transrénaux passe par le périoste de la douzième côte, les deux autres ne passent que par des tissus mous, ce qui diminue la chance d'une fixité parfaite.

Les sutures sont faites soit avec le catgut, soit au fil de soie. Ces fils sont permanents. Or, dans les deux cas, il y a des inconvénients importants.

Le catgut peut être souvent septique (Lauenstein, Congrès des chirurgiens allemands, 1896) ; de plus, il peut se résorber trop vite et on ne peut pas être sûr qu'il n'a pas disparu avant que ne se produisent les adhérences cherchées.

Le fil de soie a des défauts plus grands :

a) Malgré l'asepsie la plus parfaite, il y a des cas de suppuration, soit immédiate, soit tardive, sur le trajet des fils, ce qui détermine la formation de collections purulentes et de fistules qui ne disparaissent qu'avec l'élimination du fil. Albarran cite 7 cas de ce genre ;

b) Le fil de soie permanent provoque quelquefois par sa présence des douleurs intolérables. Tel est le cas de Guyon, qui a dû intervenir sur une malade opérée par Pozi pour lui enlever un fil profond, cause de ses douleurs ;

c) Enfin, la permanence du fil de soie provoque autour de lui et plus ou moins loin dans le parenchyme un tissu de sclérose qui altère le tissu rénal. Les recherches de Delagenière, Zatti, Albarran et les miennes ont prouvé ce fait.

Je ne ferai que mentionner les procédés moins employés qui cherchent à déterminer un tissu de cicatrice puissant par une réunion par seconde intention : tel le procédé de Riedel et l'exonéphropexie de Jaboulay. Il en est de même du procédé de Pouillet, de Lyon, qui, pour éviter les inconvénients des fils permanents, fixe le rein à l'aide de tendons pris du muscle long dorsal.

Depuis 1895 j'ai pratiqué 14 fois la néphropexie. Dans mes deux premiers cas j'ai employé les procédés Guyon-Tuffier combinés, c'est-à-dire avec décortication, mais en modifiant la façon de passer les fils doubles. En effet, tandis que Guyon passe un seul chef du fait double à travers le tissu musculaire, laissant l'autre chef entre les lèvres de la plaie, moi j'ai passé les deux chefs à travers la masse musculaire, où je les nouai, cherchant ainsi à donner au fil une direction aussi horizontale que possible par rapport au rein, pour éviter de cette façon la section du parenchyme rénal.

Mais dès mon troisième cas, convaincu des inconvénients déjà indiqués de ce procédé, j'en ai employé un nouveau auquel j'ai eu recours 12 fois avec un parfait succès.

Par ce nouveau procédé j'ai cherché les points suivants :

a) Fixer le rein dans toute l'étendue de son bord externe, en lui donnant une position telle que l'écoulement de l'urine se fasse facilement.

b) Pour que les adhérences une fois formées ne se relâchent pas, et par conséquent que la récurrence puisse être évitée, passer les trois fils transréniaux à travers le périoste de la 12^e côte, si celle-ci est longue, à travers celui de la 12^e et de la 11^e si la première est courte.

c) Les fils de suspension transréniaux ne restent dans les tissus que le temps nécessaire pour la formation des adhérences solides entre le rein, la côte et les lèvres de la plaie.

MANUEL OPÉRATOIRE

Premier temps. — Incision cutanée. — Dans mes trois premiers cas, j'ai fait l'incision verticale partant au-dessus de la 12^e côte et finissant au niveau de la crête iliaque en suivant le bord externe de la masse sacro-lombaire. Dans les neuf derniers cas, j'ai fait une incision oblique partant du bord externe de la masse sacro-lombaire et suivant une étendue de 10 à 12 centimètres le bord inférieur de la 12^e côte quand celle-ci est longue, de la 12^e puis de la 11^e côte quand la première est courte.

Après l'incision de la peau et du tissu sous-cutané, on écarte la masse sacro-lombaire en dedans et on tombe sur le bord externe du carré des lombes quand l'incision est verticale; quand elle est oblique, ce bord reste caché sous la masse sacro-lombaire. Quelle que soit l'incision, on trouve dans la profondeur le nerf abdomino-génital, qu'on écarte ou qu'on sectionne suivant qu'il gêne ou pas l'opérateur. Ensuite on découvre la 12^e côte dans toute son étendue et même une partie de la 11^e quand la première est courte. On incise ensuite l'aponévrose du transverse et on procède à la recherche du rein, qu'un aide maintient dans la plaie, et, après avoir réséqué une grande partie de sa capsule graisseuse, on le décortique de sa capsule fibreuse. Alors commence le deuxième temps opératoire.

Deuxième temps. — Passage des fils. — Après avoir décortiqué le rein sur toute l'étendue de son bord externe, les lèvres de la capsule fibreuse sont repliées, découvrant ainsi une petite portion des faces de l'organe; ensuite on fait un pli des lèvres de la capsule sur les deux faces antérieure et postérieure du rein, au niveau où passeront les fils à travers le parenchyme rénal, c'est-à-dire à 1 centimètre et demi du bord externe.

Avec une grande aiguille courbe, l'aiguille de Emmet, armée d'un fil double de soie tressée n° 10 ou 12, on traverse successivement la peau, les muscles de la masse sacro-lombaire, l'aponévrose profonde, la capsule fibreuse plicaturée sur la face postérieure du rein, le parenchyme rénal, la capsule plicaturée sur la face antérieure du rein, puis à travers le périoste de la 12^e ou 11^e côte, sur sa face externe, les muscles et la peau de la lèvre externe ou supérieure de la plaie à 3 centimètres du bord libre de la plaie. On sectionne l'anse du fil, on retire l'aiguille, et de cette manière on a passé le premier fil suspenseur ou sangle qui suspend l'extrémité supérieure du rein.

De la même manière on passe un second fil placé à 3 ou 4 centimètres au dessous du premier, c'est-à-dire au milieu du bord du rein, et un troisième qui traverse l'extrémité inférieure de l'organe. Tous ces fils passent par le périoste de la 12^e côte. Si celle-ci est courte, un seul ou deux des fils traversent son périoste, tandis que le troisième ou même les deux derniers passent à travers le périoste de la 11^e côte.

Troisième temps. — Ligature des fils. — Deux rouleaux de gaze stérilisée, long de 8 à 10 centimètres, sont placés entre les extrémités des fils doubles ; ceux-ci sont noués de façon que le nœud soit placé sur les tampons. On noue d'abord les extrémités des fils sur une des lèvres de la plaie, puis, en exerçant une légère traction sur les chefs opposés, on noue ces derniers par dessus le deuxième tampon, placé dans leur anse. Il ne faut pas trop serrer les fils pour éviter autant que possible la section du tissu rénal, car il ne faut leur demander que de servir comme de simples sangles de suspension.

De cette manière on a placé les trois anses qui suspendent le rein sans le serrer et le maintiennent en contact avec les lèvres de la plaie et avec la 12^e ou même la 11^e côte, le long de laquelle ou desquelles l'organe est placé.

Enfin on ferme la plaie soit à l'aide de points séparés au crin de Florence, soit, et cela vaut mieux, par une suture intra-dermique au catgut fin.

Un pansement aseptique composé de gaze et de ouate stérilisée, le tout serré par une large bande de flanelle, est laissé en place 10 jours. Au bout de ce temps, les adhérences se sont établies entre la surface parenchymateuse du rein et le périoste de la côte d'une part, et avec les tissus musculaires d'autre part. Alors, c'est-à-dire le dixième jour, les fils transrénaux sont enlevés en coupant les chefs d'un côté et tirant ensuite brusquement sur les chefs opposés. Si la réunion s'est faite par première intention, ce qui est facile à obtenir par une bonne asepsie, on applique un second pansement simplement protectif.

Le malade doit garder le repos absolu au lit au moins pendant trois semaines pour permettre l'organisation du tissu fibreux, qui forme les adhérences.

Dans mes dernières interventions, j'ai apporté une légère modification à mon procédé. J'ai abandonné le fil de soie pour le remplacer tout d'abord par le crin de Florence et ensuite par le fil d'argent. De plus, la façon primitive de passer les fils présentait l'inconvénient d'avoir une tendance marquée à s'écarter l'un de l'autre au moment de les nouer sur le rouleau de gaze et par là même de sectionner le tissu rénal. Pour éviter cet inconvénient possible j'ai employé deux fils passés en U de la façon suivante : l'aiguille courbe de Emmet traverse les tissus et le rein de la manière sus-indiquée au niveau de l'extrémité supérieure de l'organe, puis elle est armée d'un des deux chefs du fil d'argent qui est passé suivant le chemin parcouru par l'aiguille. Celle-ci est passée de nouveau à un centimètre et demi du premier trajet, armée de l'autre chef du fil, qui est ramené du même côté de la plaie. Ainsi on passe le premier fil en U ; le second est passé de la même façon à l'extrémité inférieure du rein.

Ces deux fils sont suffisants pour assurer la suspension du rein dans toute son étendue. Dans l'anse de chaque fil on place un court rouleau de gaze stérilisée, et, après que les lèvres de la plaie sont affrontées par une légère traction exercée sur les chefs opposés des fils, ceux-ci sont tordus sur un rouleau de gaze interposé entre les chefs de chaque fil.

Ces fils sont retirés de la même façon que les fils de soie le dixième jour.

Les fils d'argent présentent les avantages suivants :

- 1° Leur parfaite asepsie ;
- 2° Par la façon de les passer on évite la section étendue du parenchyme rénal.

Dans le procédé que je viens de décrire, le rein est placé à peu près dans sa situation normale. La direction est bonne, car son extrémité supérieure se trouve en haut et en dedans et l'inférieure en bas et en dehors.

Les vaisseaux ne sont pas tordus. L'urètre a la direction normale, sans coudure ni torsion sur axe, assurant ainsi l'écoulement absolument libre de l'urine. Donc un point important de ce procédé, c'est de fixer le rein dans toute son étendue ; son extrémité supérieure ne reste plus libre et exposée aux déviations.

La façon de passer les fils à travers la capsule plicaturée empêche le fil de couper le tissu rénal, ce qui arrive dans les procédés classiques.

En enlevant les fils suspenseurs après le temps nécessaire à la formation des adhérences, on écarte tous les inconvénients des fils permanents comme : la formation de fistules qui ne disparaissent qu'une fois le fil éliminé ; les douleurs insupportables dues uniquement à la présence du fil et, enfin, ce qui est très important, on évite la formation de tissus de sclérose qu'on observe autour du fil permanent.

En effet, en enlevant l'agent irritatif — le fil permanent — le tissu de cicatrice qui se forme pour réparer le trajet du fil enlevé est très peu étendu, et l'induration qu'on observe autour du fil permanent n'existe pas, fait que j'ai constaté dans des expériences pratiquées sur des chiens, dans mon Institut avec mon élève M. Balacesco, et longuement consigné dans sa thèse inaugurale (Thèse de Bucarest, 1896). La direction horizontale donnée aux fils empêche la formation d'un tissu scléreux dans toute la portion du rein comprise dans l'anse du fil, ce qui arrive dans les procédés classiques.

L'examen histologique pratiqué sur les reins des chiens fixés par mon procédé m'a prouvé qu'il se forme un tissu de sclérose dur au niveau de la portion décortiquée, tissu qui occupe seulement la couche superficielle de la substance corticale. Les tubes contournés sont séparés par du tissu conjonctif plus dense et plus abondant que normalement. L'épithélium de ces tubes est envahi par place par la dégénérescence granuleuse. Sur une section comprenant dans son champ le trajet du fil, on voit une simple trainée de tissu conjonctif sans que les éléments qui environnent ce trajet présentent aucune altération.

En somme, si nous ne pouvons éviter la sclérose due à la décortication qui seule assure des adhérences solides, comme le prouvent les

expériences de Delagénière, Tuffier, Albarrap et les miennes, par la suppression des fils permanents nous diminuons, si nous ne faisons disparaître complètement, la sclérose profonde du rein.

Quant aux adhérences obtenues par mon procédé, elles sont très solides, ce qui ressort de mes expériences qui m'ont montré aussi le temps nécessaire pour obtenir des adhérences solides et définitives. Dans ce but, j'ai enlevé les fils à diverses époques, ainsi : 3 fois je les ai retirés le sixième jour, 1 fois le septième jour, 2 fois le neuvième jour, 2 fois le dixième jour et 1 fois le douzième jour. Puis j'ai sacrifié les animaux aussi à des époques différentes, à savoir : 4 fois le septième jour, 3 fois le dix-septième jour, 1 fois le deuxième mois, 3 fois le troisième mois et une fois le quatrième mois. Dans tous les cas, le rein était fixé tant à la côte qu'aux tissus voisins. Sur le chien sacrifié le septième jour, les adhérences étaient formées, mais elles étaient faibles, aussi elles ont cédé à une légère traction.

Le chien sacrifié le dix-septième jour présentait des adhérences déjà puissantes, le rein tenait parfaitement à la côte et les adhérences ne cédaient même pas à des tractions assez fortes. Pour donner une idée de la solidité des adhérences alors que l'animal n'a été sacrifié qu'au bout de quelques mois, il suffira de dire que le parenchyme rénal cède plutôt que les adhérences établies. De tout ceci on peut conclure qu'il suffit, chez l'homme, de laisser en place les fils suspenseurs 10 jours, car au bout de ce temps les adhérences nécessaires à une solide fixation se sont établies. Mais, pour en assurer l'organisation et leur renforcement, le malade doit garder le lit 20 jours.

Quand le rein n'a pas été décortiqué (2 cas), les expériences m'ont prouvé qu'il ne se forme que des adhérences faibles et moins nombreuses, constituées de filaments conjonctifs faciles à détruire.

Sur une de mes opérées, j'ai pu m'assurer de la solidité des adhérences et de la parfaite fixation du rein. Cette femme, cinq mois après l'opération, revint à ma clinique accusant des douleurs dans la fosse iliaque droite où on trouve une masse dure et mobile. La laparotomie me fit découvrir un ovaire kystique mobile que j'ai enlevé, et, à cette occasion, j'ai pu examiner le rein droit préalablement opéré : il se trouvait parfaitement fixé le long de la douzième côte dans la position que je lui avais donnée.

En résumé, mon procédé de néphropexie est supérieur aux autres par les avantages suivants :

1° Par sa simplicité ;

2° Par la fixation du rein dans toute son étendue le long de la douzième côte, passant les trois fils doubles ou les deux en U sous le périoste de cette côte ;

3° Par l'enlèvement des fils après le temps nécessaire à la formation des adhérences, ce qui permet d'écarter tous les inconvénients dus à la permanence des fils : douleurs, suppurations et fistules, formation d'un tissu de sclérose dans le parenchyme rénal.

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Des pyélites et leur traitement

Par le Dr A. ROBIN.

A. Traitement étiologique. — Il est impossible de traiter la pyélite sans traiter en même temps sa cause reconnue : lithiase, cystite, blennorrhagie, etc. Ces maladies doivent recevoir une médication appropriée.

B. Traitement curatif. — Il comprend le traitement de la pyélite en elle-même et celui du phénomène pyurie symptomatique.

Quatre ordres de moyens : *L'hygiène générale, le régime alimentaire, le traitement médicamenteux et le traitement hydro-minéral.*

I. Hygiène générale. — Exciter les fonctions de la peau. Frictions avec un liniment excitant, par exemple :

Teinture de quinquina . . .	} à 100 gr.
Baume de Fioraventi . . .	
Alcool camphré	
Menthol	1 gr.
Essence de girofle	2 gr.
Teinture de noix vomique . .	5 gr.

F. s. a.

Eviter tout ce qui peut provoquer une congestion rénale : donc éviter le froid, porter de la flanelle, des vêtements chauds, rester au lit le matin, ne pas sortir par les temps humides.

II. Régime alimentaire. — Régime lacté obligatoire et méthodique : de 7 h. du matin à 10 h. du soir, prendre toutes les 3 heures un demi-litre de lait. Ce demi-litre sera bu par petites gorgées, en 20 minutes à une demi-heure. La nuit le malade ne prendra rien.

Si la tolérance du malade est grande, on pourra augmenter jusqu'à 600 ou 700 grammes par prise.

Le régime lacté prolongé est une excellente condition pour la réussite du traitement, car le lait seul n'irrite pas l'émonctoire rénal.

En cas de dégoût pour le lait, conseil-

ler les potages faits de farines diverses et de lait, des crèmes aromatisées aux parfums préférés, des œufs frais, etc.

Ce régime mixte, lui-même, peut fatiguer le malade; autoriser alors les aliments les moins susceptibles de provoquer la formation de ptomaines et de corps extractifs irritants pour le rein : poissons blancs (merlans, soles), poulet, veau, purée de légumes, fruits cuits, œufs. Aliments défendus : gibier, viande noire, épices, alcool. Comme poisson : vin rouge fortement coupé d'eau légèrement alcaline.

III. Traitement médicamenteux :

A. Médication balsamique. — Balsamiques à l'intérieur d'abord, puis cure d'huile de Haarlem; enfin, médication balsamique externe.

L'acide benzoïque et le benzoate de soude empêchent la formation de l'acide urique. C'est là ce qui motive leur emploi dans la pyélite, dont la cause étiologique essentielle est la diathèse urique. En outre de leur action générale, l'acide benzoïque et le benzoate de soude exercent sur le rein et sur l'urine une action topique et locale des plus intéressantes. Ils retardent la fermentation ammoniacale, entraînent le glyco-colle de l'organisme et modèrent la formation des cristaux d'acide urique qui irritaient les canalicules rénaux et le bassin.

Le benzoate de soude est administré à la dose de 1 à 4 grammes au maximum par 24 heures; inutile de dépasser cette dose, le traitement doit être longtemps continué.

Potion à prendre en 4 fois en 24 h.

Benzoate de soude	1 à 4 gr.
Sirop de fleurs d'oranger ou framboises	30 gr.
Hydrolat de tilleul	120 gr.

F. s. a.

Cette médication détermine, dans les premiers jours, des décharges d'urates alcalins qui sont favorables. Elle peut même provoquer une crise de coliques néphrétiques si, en même temps que la pyélite, il y a gravelle.

Comme adjuvants, mais sans cesser le benzoate de soude, on peut employer : le baume de tolu, le copahu, le styrax, la terpine, l'eucalyptol, la térébenthine.

Quand les malades présentent des phénomènes douloureux accompagnant une poussée aiguë, M. Robin ordonne :

Térébenthine de Venise.	6 gr.
Campbre pulvérisé.	6
Extrait thébaïque	0 25
Extrait alcool. de racine d'aconit.	0 20

F. s. a. Pilules n° 60.

Trois pilules par jour.

Infusions de bourgeons de sapin, de buchu, de bousserolles.

Au bout d'un certain temps il faut prescrire l'huile de Haarlem : liquide irritant, de composition mal connue, mais composé surtout d'huile de cade et de baies de laurier, qu'on administre en émulsion.

Huile de Haarlem fluide.	50 gouttes
Sirop de gomme.	100 gr.
Sirop de baume du Canada	100 gr.

F. s. a.

Agiter soigneusement avant l'usage.

Une cuillerée de ce sirop dans une tasse d'infusion balsamique sucrée. Chaque cuillerée contient 5 gouttes, dose par jour.

B. Médication balsamique externe.

— Bains de vapeur à l'essence de pin, 3 ou 4 fois par semaine. Surveiller le cœur avec soin, car l'athérome artériel et les troubles cardiaques sont des contre-indications absolues de ce genre de médication.

C. Médication révulsive. — Indiquée lors des manifestations aiguës : pointes de feu, 70 à 80 sur le côté malade.

D. Médication astringente. — A prescrire pendant les périodes de suspension de la médication balsami-

que. On ordonne le ratanhia, le cachou, le tannin et particulièrement le sirop iodo-tannique, l'acide gallique; on essaie l'opium s'il y a lieu d'obtenir une action calmante.

Les antiseptiques internes n'ont pas donné d'heureux résultats. Le salol, l'acide salicylique irritent le rein.

IV. Traitement hydro-minéral. —

Les eaux alcalines fortes le sont à tort, car elles favorisent l'alcalinisation de l'urine, d'où gravelle phosphatique, qui vient s'ajouter à la gravelle urique ou oxalique. Cure de drainage par des eaux légères, faciles à absorber et à digérer.

V. Traitement de quelques complications.

1° Hématuries; on ajoute de l'ergotine à l'astringent :

Ergotine Bonjean	4 gr.
Acide gallique	0 50
Sirop de térébenthine.	30 gr.
Hydrolar de tilleul	120 gr.

F. s. a.

Une cuiller à bouche toutes les heures.

A la suite d'abcès, il se produit parfois, au cours de la pyélite, une poussée aiguë avec fièvre, parfois même un bouchon muqueux ferme l'uretère et, dans ce cas, le rein sain fonctionnant seul, les urines deviennent claires, ce qui est loin d'être un bon signe. Il faut supprimer immédiatement toute médication, instituer le régime lacté absolu et donner la quinine à haute dose, jusqu'à ce que l'accès soit terminé. Pour cela, il faut naturellement que le bouchon muqueux passe dans la vessie, ce qui ne se fait pas sans de sérieuses douleurs.

On calmera alors les coliques avec des suppositoires calmants et des frictions avec :

Liniment.

Baume tranquille.	40 gr.
Extrait thébaïque.	} à 2 gr.
Extrait de belladone	
Extrait de jusquiame	
Chloroforme	15 gr.

F. s. a.

La pyélite, surtout quand il se produit des poussées aiguës, se transforme souvent en pyélo-cystite; il faut alors pratiquer des lavages de la vessie

avec une solution à 1/200 de silicate de soude.

Si ce moyen échoue, une intervention chirurgicale s'impose.

D^rA.-F. P.

NOUVELLES

Collège Médical de Baltimore. — Le D^r William E. Moseley a été élu professeur de gynécologie au collège médical de Baltimore. Il succède au D^r Thomas A. Ashby.

American Association of obstetricians and gynecologists. — La 10^{me} réunion annuelle de cette association vient d'avoir lieu du 17 au 20 Août 1897, à Niagara-Falls.

Le discours de bienvenue a été prononcé par le D^r W. R. Campbell, président de l'Académie de Médecine de Niagara-Falls.

Le dîner annuel a eu lieu sous la présidence du D^r James F. W. Ross, de Toronto, président de l'association.

La prochaine réunion aura lieu à Pittsburg les 20, 21 et 22 Septembre 1898. D^r Charles A. L. Reed, de Cincinnati, président; D^r Richard Douglas, de Nashville, et Walter B. Dorsett, de Saint-Louis, vice-président; D^r William Warren Potter, de Buffalo, secrétaire.

Le D^r CHARLES E. Sajous, l'éditeur de l'annual « of the Universal Medical Sciences », que nous avons eu l'honneur de voir pendant deux années à Paris, est retourné à Philadelphie, où il va occuper la chaire de Laryngologie; et où il est déjà doyen de la faculté du Collège Médico-chirurgical.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorrhoides, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabana* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. — *Vin de Chassaing.*

Véritable **GRAINS de SANTÉ** du **D^r FRANK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris:— Imprimerie A. Quelquejourn, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles.

Par le Dr A. - B. MARFAN, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux.

Dans un très grand nombre de cas, la vulvo-vaginite des petites filles est une maladie contagieuse et de nature blennorrhagique.

Elle se rencontre surtout de 2 à 7 ans ; mais souvent dans les deux premières années de la vie et dès les premiers mois.

Description. — Le début passe inaperçu. L'affection n'est découverte que lorsque l'écoulement tache la chemise d'une manière très apparente ou provoque un prurit plus ou moins intense de la vulve. On examine les parties génitales et on constate qu'elles

FEUILLETON

Pathologie des rapports sexuels : paralysies post-paroxystiques.

M. le Dr Féré rapporte, dans la *Revue de Médecine*, deux observations fort curieuses relatives à des paralysies survenant après l'acte sexuel, et fait, à ce propos, une étude très intéressante sur les faits du même ordre qui ont été signalés antérieurement.

Dans le premier cas, le malade, épileptique, était sujet à une hémiplégie transitoire après ses attaques. Or, il lui est arrivé, à plusieurs reprises, de présenter des phénomènes

paralytiques tout à fait analogues après un rapport sexuel.

Le second sujet, qui était un neurasthénique, avait dans les mêmes conditions une paraplégie transitoire qui le forçait à garder le lit pendant plusieurs heures.

La suractivité physique et psychique qui accompagne l'éréthisme génésique s'accompagne, chez un certain nombre d'animaux, d'actes de violence, qu'il faut distinguer des actes de cruauté qui se manifestent dans certaines perversions sexuelles, dans le sadisme, chez les vampires, les sanguinaires de Ball. Ces actes de violence, qui précèdent ou accompagnent l'acte, caractérisent souvent une phase d'un état spécial qui mérite le nom d'ivresse

sont tuméfiées, surtout les grandes et les petites lèvres, d'un rouge vif, et laissent suinter un liquide muco-purulent (vulvite catarrhale), ou franchement purulent (vulvite purulente).

Dans le plus grand nombre des cas, la vaginite se joint à la vulvite ; car, après avoir écarté les petites lèvres, et essuyé la vulve avec de la ouate hydrophile, on voit du pus sourdre par l'orifice de l'hymen qui est rouge et boursoufflé.

Le symptôme capital est l'écoulement d'un liquide blanchâtre, ou blanc verdâtre, ou blanc jaunâtre, qui ressemble à celui des écoulements blennorrhagiques ; il s'y joint parfois de la tuméfaction œdémateuse des grandes lèvres et des phénomènes douloureux, d'ordinaire peu marqués.

L'affection est parfois très longue, mais ordinairement bénigne. Cependant, elle peut se compliquer de certains accidents.

Etiologie et nature. — On invoquait autrefois, comme cause de la vulvo-vaginite infantile, la scrofule, l'herpétisme, la syphilis, la masturbation, la malpropreté, les oxyures vermiculaires du rectum. On invoquait aussi les attentats à la pudeur. On décrivait enfin une vulvite *secondaire*, s'observant dans la convalescence des maladies graves, de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, des fièvres éruptives, surtout de la scarlatine. On sait, aujourd'hui, que le plus grand nombre des vulvites infantiles sont contagieuses et de nature blennorrhagique ; cependant toutes ne sont pas gonococci-ques.

érotique. Chez quelques individus, la dépression consécutive s'accompagne d'une véritable antipathie sexuelle qui peut être assez intense pour se manifester par des violences.

L'excitation générale qui accompagne l'acte génital peut provoquer un grand nombre de troubles nerveux.

Le coït peut provoquer l'épilepsie : Sauvage cite une personne chez laquelle il était constamment suivi d'un accès ; Zimmermann a connu un jeune homme qui avait un accès chaque fois qu'il s'était livré à l'onanisme ; Maurice cite un chien qui était atteint d'épilepsie chaque fois qu'il s'accouplait. Du reste, chez quelques individus, certains phénomènes sensoriels, érythroopsie, vision

colorée, sensations subjectives de l'odorat, se manifestent à la fois dans l'attaque épileptique et dans l'acte vénérien, et certains phénomènes moteurs sont communs aux deux formes d'orages. Quelquefois les manifestations épileptiques et les excès vénériens marchent de pair, les premières commencent et disparaissent avec les seconds.

D'autres névroses peuvent encore être provoquées par les rapports sexuels : la migraine, l'angine de poitrine, l'asthme (Salter), l'hystérie (Rosenthal, Grasset).

La folie peut être la conséquence des premiers rapprochements sexuels (*post-connubial insanity* des Anglais)

Il existe une forme de vulvite qui semble due surtout à la malpropreté et à la végétation des saprophites normaux de la région ou du coli-bacille venu par les matières fécales ; on pourrait l'appeler *vulvite saprophytique*. Elle se caractérise par la présence au niveau des plis génitaux, sur les côtés du capuchon du clitoris, et derrière la commissure inférieure de la vulve, d'un smegma blanchâtre, délayé dans une petite quantité de sérosité louche ; en entr'ouvrant les grandes lèvres, on ne voit sourdre aucun liquide de l'orifice vaginal, même si l'enfant fait effort comme pour aller à la selle ; il n'y a donc pas de vaginite ; or celle-ci est la règle dans la leucorrhée gonococcique. La vulvite saprophytique ne laisse pas sur la chemise les taches de matière verte ou jaune qui empêche le linge ; elle disparaît en quelques jours dès qu'on prend soin de baigner l'enfant et de laver les parties génitales, matin et soir, avec de l'eau boricuée. Quand on examine la sécrétion de ces vulvites, on y trouve des pyogènes, des colli-bacilles, des saprophytes normaux de la vulve ; mais on n'y trouve pas de gonocoques.

Dans une autre forme de vulvite, il existe une inflammation diffuse, peu intense, avec des érosions qui suppurent et se recouvrent de croûtes ; dans ce cas, il existe en d'autres points du corps des lésions de pyodermites (impétigo, ecthyma, eczéma impétigineux, accompagnant ou non la gale ou la pédiculose). Dans cette *vulvite pyodermique*, impétigineuse, on ne trouve pas non plus le gonocoque, mais surtout des microbes pyogènes. Elle guérit, vite aussi, dès qu'on réalise des soins d'antisepsie vulgaire de la vulve.

surtout chez les jeunes femmes prédisposées.

L'éréthisme général qui accompagne les excitations génitales peut déterminer un certain nombre d'accidents liés aux conditions physiques du complexe. Pendant la phase tonique, il peut se produire des troubles moteurs liés à l'exagération de la tension musculaire et qui peuvent se manifester non seulement dans le domaine des muscles de la vie de relation, mais aussi dans celui des muscles de la vie organique : tremblement local ou général, crampes, grincements de dents, toux, éternuements, borborygmes, éructation, constriction pharyngée, etc. Mac Gillicuddy cite une femme

qui vidait sa vessie chaque fois que son mari l'approchait.

L'éréthisme sensoriel se traduit quelquefois par des sensations subjectives qui peuvent se manifester sur les différents sens : sur la vue, par la photopsie, par l'éritropsie ; sur l'ouïe par des bourdonnements, par des tintements d'oreilles ; sur l'odorat par des sensations d'odeurs variées ; sur la sensibilité générale, par des sensations de prurit qui ne sont probablement pas étrangères à la production de certains spasmes laryngés et de l'éternuement. Desprès signale la fréquence d'une douleur réflexe à la gorge.

L'augmentation de la tension arté-

La *vulvite aphteuse* de Parrot (herpès génital ulcéreux de A. Fournier) et la *vulvite pseudo-membraneuse* ont des caractères objectifs assez nettement tranchés pour les distinguer.

Restent encore des cas nombreux, où le doute est permis et où s'impose par suite la recherche du gonocoque.

La *contagion* peut être *familiale*, de la mère à la fille, (mêmes serviettes, mêmes éponges, mêmes vases servant à la toilette de l'une et de l'autre, et étant les véhicules du contage), *hospitalière* (par les éponges, les vases, les planches des cabinets, les bains en commun); *scolaire* (infection par les vases et les cabinets surtout); enfin *vénérienne* (conséquence d'un attentat à la pudeur, d'une tentative de viol); mais il importe de dire ici bien haut que la contagion vénérienne est extrêmement rare.

Certaines maladies générales (rougeole, scarlatine) ont comme effet d'aggraver et de rendre évidente une vulvite latente jusque-là.

La *forme aiguë* est caractérisée par un écoulement franchement purulent, jaune verdâtre, très abondant; elle s'accompagne parfois d'un mouvement fébrile; bien traitée, cette forme ne dure que trois ou quatre semaines: négligée, elle passe à l'état chronique.

La *forme chronique* peut succéder à la forme aiguë ou s'établir d'emblée; elle porte le nom de « leucorrhée »; l'écoulement est pâle, muco-purulent, empesant le linge, mais ne le tachant que faiblement. Cette forme est très rebelle à la thérapeutique; elle

rielle peut expliquer l'hémorrhagie cérébrale qui se produit quelquefois chez les vieillards et chez les artérioscléreux. L'hémorrhagie cérébrale sous l'influence du coït n'est pas spéciale à l'homme; Larcher en signale la fréquence relative chez les oiseaux domestiques. Les épistaxis sont fréquentes à la suite des excès de coït comme à la suite des excès de masturbation: chez quelques individus on les voit se produire après chaque acte vénérien. Quelquefois l'excitation générale s'accompagne d'hypercrinies: chez quelques individus une sueur profuse se produit sous forme de crises brusques qui interrompent instantanément l'éréthisme vénérien.

La suractivité ne survit guère aux

paroxysmes: si quelques individus sont capables de l'utiliser, ils sont exceptionnels, et, en général, les hommes adonnés aux travaux de l'esprit plus encore que ceux qui doivent utiliser leurs bras, peuvent s'en rapporter à l'opinion du pythagoricien Clinias, dont parle Plutarque dans les *Symposiaques*, qui, lorsqu'on lui demandait quel était le temps le plus favorable pour se rapprocher de sa femme, répondit: « Lorsqu'on veut se nuire. » En général, lorsque l'excitation génitale a dépassé son acmé, on voit se produire une dépression physique et morale: *Post coitum animale triste, nisi gallus qui tantat.*

Cette dépression, ce collapsus, comme dit Robin, passagère dans les

peut durer des mois et des années. Il faut beaucoup de patience et de soins pour arriver à la guérir.

D'ailleurs, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme chronique, les rechutes sont fréquentes, et c'est là une circonstance qui aggrave le pronostic. Mais ce qui l'assombrit le plus, c'est la possibilité de certaines complications, connues depuis peu de temps, et qui se font : 1° par propagation; 2° par inoculation; 3° par infection générale.

1° *Complications par propagation.* — Ce sont la bartholinite, la blennorrhagie *ano-rectale*, l'uréthrite avec *prolapsus de l'urèthre* qui peut donner naissance à de véritables hémorrhagies prises à tort pour des ménorrhagies; la *salpingite* et l'*ovarite* isolées, la *cystite*, la *métrite* possibles, mais assez rares; enfin la *péritonite*, et dans un dernier groupe, les cas de *salpingite chronique*, de *pelvi-péritonite adhésive subaiguë ou chronique*, observés à l'autopsie de jeunes filles vierges.

Très probablement, la péritonite n'est pas due à une infection par les lymphatiques, ceux de la vulve n'ayant pas de relations avec les régions profondes; elle est due à une infection génitale ascendante, par le vagin, l'utérus et les trompes.

En présence d'une fillette atteinte d'une péritonite aiguë, il faut toujours chercher la vulvo-vaginite qui est, avec l'appendicite, l'infection pneumococcique et la fièvre typhoïde, une des grandes causes de cette affection.

conditions physiologiques, devient continue à la suite d'excès répétés.

Les anciens auteurs signalaient le danger du coït pendant le travail de la digestion; chez certains individus le coït après le repas provoque un épuisement des activités gastriques et tous les phénomènes de l'indigestion. Chez divers mammifères on observe une inappétence qui dure des jours et même des semaines. Double attribuait encore à la pratique exagérée ou intempestive de cet acte les accidents pernicioeux des plaies et les complications des fièvres.

L'orgasme génital est suivi d'une diminution brusque de la tension artérielle qui peut amener la syncope et la mort subite. Le refroidissement

périphérique qui se manifeste souvent à la langue et aux lèvres peut aller jusqu'à la production du doigt-mort. On peut observer encore d'autres troubles de la circulation qui se traduisent par la polyurie, par la diarrhée, par la congestion pulmonaire avec ou sans hémoptysie.

Hutchinson cite un malade qui, à la suite du coït, éprouvait une sensation effroyablement douloureuse derrière la tête, se sentait menacé de mort, et restait quelques minutes inconscient. Un autre éprouvait une sensation analogue dans les reins. Ces phénomènes douloureux, qui diffèrent par l'intensité, sont signalés par plusieurs neurasthéniques qui se plaignent aussi de l'apparition du casque, de la

2° *Complications par inoculation à distance.* — *L'ophtalmie purulente blennorrhagique.*

3° *Infection généralisée (gonohémie).* — Le gonocoque pénétrant dans la circulation détermine une infection généralisée dont la manifestation la plus importante est le *rhumatisme blennorrhagique*.

Traitement. — Dès que la vulvite est reconnue, on doit prendre les mesures prophylactiques destinées à empêcher la propagation de l'affection et mettre en œuvre immédiatement le traitement curatif. Nous employons surtout le permanganate de potasse.

Tous les jours, et une seule fois par jour, jusqu'à guérison complète, en les prolongeant quelques jours après la guérison, on pratique des lavages vulvaires et des injections vaginales avec une solution au 1/1000.

L'enfant est placée dans la position obstétricale, couchée en travers de son lit sur un carré de caoutchouc dont les deux coins, pendant sur les côtés, sont épinglés pour former une gouttière qui conduit le liquide dans un seau. Le lavage est fait avec un bock laveur contenant un demi-litre de la solution tiédie. On commence par promener le jet sur la région clitoridienne, les lèvres, l'hymen, l'anus. Puis on adapte à la canule une petite sonde en caoutchouc que l'on fait pénétrer dans le vagin par l'orifice de l'hymen. Cette introduction est ordinairement facile. On fait passer ainsi dans le

rachialgie. Chez les hystériques, qui sont aussi plus sujets à l'exagération de la dépression consécutive à la décharge, on peut relever l'amblyopie capable d'aller jusqu'à la cécité complète, l'obtusion ou l'abolition passagère de l'ouïe, l'anesthésie cutanée. C'est surtout chez ces deux catégories de sujets aussi qu'on observe le sommeil invincible, stuporeux, narcoleptique. Une hystérique, qui ne peut que rarement arriver à l'orgasme, parce que l'éréthisme provoque presque toujours des hallucinations visuelles ordinairement terrifiantes, tombe constamment alors dans un sommeil comateux, dont elle ne sort qu'au bout de plusieurs heures avec amnésie rétroactive temporaire comprenant plusieurs heures avant l'acte.

Le même sommeil comateux peut s'observer encore chez les paralytiques généraux dans la période de préparation, chez les diabétiques.

La sensibilité peut être affectée d'ailleurs en dehors de l'hystérie. Plusieurs neurasthéniques signalent une obtusion générale des sens, principalement de l'ouïe et de la vue ; mais on peut observer une véritable amaurose qui se fait remarquer par la brusquerie de son début et de sa courte durée.

Ces effets du coït chez les individus dont le système nerveux est déprimé méritent d'être rapprochés de ceux qu'on observe chez un certain nombre d'insectes. On pensait autrefois que si l'abeille mâle meurt pendant la copulation, c'était que la reine la tuait par

vagin les deux tiers du liquide sous une pression modérée. Puis on lave encore la vulve. Dans la journée, l'enfant est nettoyée et garnie avec de la ouate hydrophile stérilisée, après chaque miction.

Dans la plupart des cas, ce traitement aboutit à la guérison en trois semaines environ.

Mais il y a des formes rebelles. Alors, il s'agit le plus souvent de vulvites très anciennes dans lesquelles le gonocoque fait parfois défaut. Quand on a constaté l'inefficacité du permanganate de potasse, on essaie des lavages avec une solution de sublimé à 1/10,000 ou de résorcine à 1/100 ; ou de nitrate d'argent à 1/3000 ; si on ne réussit pas, on mettra dans le vagin des bougies à l'iodoforme, et on appliquera sur la vulve une pommade antiseptique, à l'iodoforme au 1/30, à l'ichtyol au 1/30, au précipité rouge au 1/100.

Il est bon d'ajouter que ce traitement local, facile à mettre en œuvre à l'hôpital, est difficilement accepté en ville par les familles, surtout lorsqu'il s'agit de fillettes un peu grandes. Le médecin aurait mauvaise grâce à insister outre mesure ; mais il devra dire avec la discrétion nécessaire en pareil cas, que, sans traitement, l'affection sera très longue et pourra se compliquer d'accidents divers.

Certaines complications réclament un traitement spécial.

Les hémorrhagies qui se font par l'orifice externe de l'urèthre

ses coups. En réalité, elle meurt d'épuisement provoqué par l'érethisme ; et elle meurt aussi bien lorsqu'on provoque l'érection artificiellement par un contact approprié sur les ailes ou sur le dos. La mort subite ou rapide qui se produit chez plusieurs insectes après l'oviparturition paraît aussi due au choc, à l'épuisement. Le hanneton mâle est aussi dans une torpeur profonde après la copulation, et cette torpeur en fait une victime facile pour d'autres mâles.

Aux phénomènes d'épuisement physique correspondent des phénomènes d'obnubilation intellectuelle qui peuvent présenter une systématisation remarquable ; un neurasthénique perd pour un temps la mémoire des formes

des organes génitaux de l'autre sexe, et le toucher est incapable de la réveiller.

Parmi les éléments les plus intéressants de cet épuisement, il en est un qui mérite une place particulièrement distinguée et que nous avons laissé de côté pour lui consacrer une attention plus spéciale.

J'ai déjà relevé que chez des hystériques on a pu noter à la suite de la copulation un relâchement des muscles qui peut aller jusqu'à la paralysie et atteindre les muscles de la vie de relation sous forme d'hémiplégies et de paraplégies, ou les muscles de la vie organique sous forme de météorisme plus ou moins persistant, de relâchement des sphincters.

Ces phénomènes, plus fréquents

enflammé cèdent à la cautérisation des bourgeons fongueux avec une solution de nitrate d'argent à 1/50 répétée trois ou quatre fois.

Contre la péritonite, en outre du traitement médical, la laparotomie sera indiquée dans certains cas ; mais à l'heure présente, les faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en déterminer les indications d'une manière précise.

Le traitement du rhumatisme blennorrhagique doit être général et local. Le salicylate de soude, le salophène, l'antipyrine soulagent la douleur et diminuent la fluxion articulaire ; on pourra les employer aux doses qui conviennent à l'âge de la fillette. Au point de vue local, il faut immobiliser les articulations malades dans une épaisse couche d'ouate. Si l'enfant ne tolère pas le traitement interne, on pourra, avant d'envelopper la région, l'oindre avec une pommade à l'acide salicylique :

Axonge.	} aa 50 gr.
Lanoline	
Térébenthine	} aa 10 gr.
Acide salicylique	

Quand il se produit un épanchement abondant et persistant, il faut pratiquer une ponction. Dans le cas où le liquide est purulent, on sait que la résorption n'est pas impossible. Toutefois si, après

chez les hystériques, ne leur appartiennent pas exclusivement.

Un certain nombre de neurasthéniques, après les rapprochements sexuels, éprouvent des modifications du timbre et une diminution d'amplitude de la voix, du nasonnement, indiquant une modification de la tonicité musculaire du voile du palais, du pharynx et du larynx. A la suite d'excès, ces manifestations peuvent se produire chez les individus parfaitement normaux d'ailleurs. Mais on peut voir survenir dans les mêmes circonstances des troubles paralytiques plus graves, sans parler de ceux qui sont liés à des maladies chroniques du système nerveux, de l'ataxie locomotrice, des myélites dans l'étiologie desquelles on voit souvent combinées à l'influence du coït, celles de l'alcoolisme, de la syphilis, des traumatismes, etc.

Chez les hystériques, ces paralysies post-paroxystiques ne font que mettre en évidence une impotence habituelle qu'elles exagèrent. Ce que font les rapports sexuels, la fatigue, une émotion morale vive, une intoxication peuvent le reproduire. Les sujets qui se plaignent d'engourdissement, de parésie, à la suite des rapports sexuels, avaient éprouvé en général ces mêmes symptômes dans d'autres circonstances, avec la même localisation des troubles ; c'est-à-dire que l'acte sexuel ne faisait que mettre en évidence une prédisposition bien établie. C'est du reste ce qu'on observe aussi dans les paralysies émotionnelles.

Cette prédisposition générale et locale se retrouve chez d'autres sujets capables de présenter les mêmes troubles dans les mêmes circonstances.

la première évacuation, le liquide se reproduit, il faut pratiquer l'arthrotomie suivie de lavage et de drainage de l'articulation. Dans la période de convalescence, on traitera les raideurs articulaires par la mobilisation, le massage, les douches, les bains sulfureux; les atrophies musculaires sont justiciables de l'électrisation (1).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 Août 1897.

Sur l'action thérapeutique générale des courants alternatifs de haute fréquence. (Deuxième note, par MM. G. APOSTOLI et BERLIOZ, présentée par M. D'ARSONVAL).

Depuis les découvertes physiologiques du professeur d'Arsonval, l'application thérapeutique des courants de haute fréquence est entrée résolument dans la voie de la pratique, d'abord sous forme d'applications locales par le docteur Oudin, et ensuite en applications générales par l'un de nous (Apostoli).

Nous avons déjà fait connaître dans une première note (comptes rendus de l'Académie des sciences, séance du 18 mars 1895) les résultats de notre première année de pratique d'*auto-conduction*; depuis lors, l'accumulation de faits plus nombreux nous permet de venir confirmer et compléter nos premières recherches et de mieux établir les bases des indications et contre-indications thérapeutiques.

Nous avons, de plus, depuis 1895, agrandi et perfectionné notre premier outillage thérapeutique.

L'*auto-conduction* seule par la cage ou le grand solénoïde, qui avait été presque exclusivement employée dans notre première année de pratique, a été complétée par les procédés suivants :

1° *Même auto-conduction* dans le même solénoïde avec *contact* complémentaire et simultané du malade par les mains à l'un des pôles du solénoïde ;

2° Malade couché sur un *lit condensateur* avec contact polaire permanent par les mains.

3° Même position du malade avec *révulsion* locale simultanée soit par la main du médecin, soit à l'aide d'une électrode spéciale ;

4° Application *directe* au malade du courant engendré par un petit solénoïde ;

5° Application *locale* et uniquement unipolaire avec le résonnateur du docteur Oudin soit sur la peau, soit dans le vagin ou l'utérus.

(1) *Revue des maladies de l'enfance.*

Nous nous bornerons aujourd'hui à mentionner seulement les résultats obtenus par le lit et la cage (avec ou sans contact), nous réservant de publier dans une prochaine note tous les faits qui ressortissent des autres modes d'application des mêmes hautes fréquences.

L'un de nous (Apostoli) a fait, au total, de janvier 1894 au 1^{er} juillet 1897, 12,728 applications de haute fréquence qui portent sur 518 malades qui peuvent se décomposer ainsi :

CLINIQUE : 292 malades dont 231 ont subi 7,424 applications générales (lit — cage avec ou sans contact — application directe) et dont 61 n'ont reçu que des applications locales au nombre de 553, soit sur la peau, soit dans le vagin.

CABINET : 226 malades ont reçu 4,751 applications générales ou locales.

La durée de chaque séance a oscillé, comme précédemment, entre 10 et 30 minutes, et la moyenne a été de 15 minutes appliquées autant que possible tous les jours.

Les précautions les plus strictes ont toujours été prises pour écarter toute influence parallèle soit d'un régime spécial, soit d'une médication additionnelle, et nos malades n'ont été soumis qu'à cet unique traitement.

Voici les nouvelles conclusions générales très sommaires que nous permettent de formuler nos trois années et demie de pratique actuelle :

Tout d'abord, les analyses chimiques urinaires, au nombre de 761, que l'un de nous (Berlitz) a faites sur 280 de nos malades, ont été généralement l'objet des mêmes réponses qui ont déjà été mentionnées dans notre première note (18 mars 1895) et qui ont toujours les caractéristiques suivantes :

- *L'amélioration de la diurèse et l'élimination plus facile des excréta ;*
- *La suractivité plus grande des combustions organiques ;*
- *La tendance du rapport de l'acide urique à l'urée à se rapprocher de la moyenne normale, c'est-à-dire de 1/40°.*

De plus, en comparant sommairement sur les mêmes malades les résultats parallèles du deuxième traitement (lit) avec le premier (cage), M. Berlitz a vu que, par le lit condensateur, l'émission des urines a légèrement augmenté comme abondance et que, sous cette deuxième influence, *qui paraît plus active sur le processus nutritif*, l'urée, l'acide urique, l'acide phosphorique et les chlorures se sont notablement accrus sous la réserve, et ce, pendant que les acides phosphorique et urique ont conservé sensiblement leurs mêmes rapports avec l'urée dans les deux cas (lit et cage).

D'une façon générale, lorsque les hautes fréquences sont bien supportées, on les voit produire assez rapidement tous les résultats symptomatiques et cliniques que nous avons déjà décrits les premiers en 1895 et qui peuvent se synthétiser ainsi :

- Restauration progressive de l'état général ;

- Relèvement des forces et de l'énergie;
- Réveil de l'appétit;
- Meilleur sommeil;
- Meilleure digestion;
- Réapparition de la gaieté, de la résistance au travail et de la facilité pour la marche.

Mais voici les groupes principaux de maladies contre lesquelles nous l'avons appliquée, soit avec un succès plus ou moins complet, soit avec un insuccès partiel ou total.

RÉSULTATS NÉGATIFS. — L'*Hystérie*, que l'on doit traiter avant tout par la Statique ou Franklinisation, est rarement justiciable des hautes fréquences et peut même se trouver sous leur influence momentanément aggravée.

La *Neurasthénie* également, surtout lorsqu'elle est compliquée d'*Hystéricisme*, subit également les mêmes contre-indications.

Les *Névrites* ainsi que toutes les affections fébriles où l'élément Douleur est prépondérant (comme dans le rhumatisme aigu, l'accès de goutte, etc., etc.) ne sont l'objet d'aucun soulagement immédiat sous l'action des hautes fréquences, et on assiste même parfois à une aggravation des troubles symptomatiques douloureux antérieurs.

RÉSULTATS POSITIFS. — L'indication fondamentale et principale sur le relèvement de l'état général dans les maladies par ralentissement de la nutrition, chez tous les débilisés à un titre quelconque.

L'*Arthritisme*, dans toutes ses diverses manifestations, est avant tout très efficacement influencé.

Le *Rhumatisme chronique* s'améliore le plus souvent considérablement, les mouvements deviennent plus faciles, les membres plus souples, la marche plus aisée; les douleurs, toutefois, ne s'atténuent que plus ou moins tardivement, mais la guérison symptomatique définitive peut être quand même obtenue sous leur unique influence.

L'*Obésité* est favorablement influencée, sinon directement, mais presque toujours d'une façon secondaire par le relèvement de l'état général et l'activité plus grande imprimée aux fonctions organiques.

L'*Asthme*, qui est une des manifestations de l'arthritisme, peut retirer de cette même médication des bénéfices plus ou moins durables.

L'*Anémie* et la *Chloro-Anémie* sont rapidement et très favorablement améliorées.

Le *Diabète* a largement bénéficié de ce traitement et, sous son unique influence, la quantité du sucre a souvent diminué.

Mais, même dans les cas nombreux en apparence réfractaires, avec conservation intégrale du sucre, sans modification chimique appréciable de la glycosurie, l'état général a toujours été relevé et le traitement a été marqué par une amélioration symptomatique constante.

En résumé, les courants de haute fréquence conservent toutes les

propriétés thérapeutiques que nous leur avons reconnues en 1894 et qui confirment les travaux physiologiques du professeur d'Arsonval.

Sans avoir la prétention de se substituer aux autres modes électriques qui conservent, chacun dans leur sphère d'action, leurs indications et contre-indications propres, ils constituent une acquisition des plus précieuses pour la thérapeutique générale des maladies chroniques.

Ainsi, tous les malades affaiblis et atteints d'une maladie apyrétique par ralentissement ou perversion de la nutrition peuvent, à un degré variable, il est vrai, en être justiciables.

Mais, d'autre part, les nerveux, ou mieux tous les entachés d'hystérie, de même que toutes les affections aiguës, fébriles et douloureuses présentent sous une forme plus ou moins accusée des contre-indications passagères ou permanentes à leur emploi.

Si le courant statique est le médicament par excellence du système nerveux surtout périphérique, les hautes fréquences sont avant tout le médicament de la cellule et un modificateur très puissant de la nutrition générale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE

SÈANCE DU 25 SEPTEMBRE 1897. — PRÉSIDENTE DE M. VAN BASTELAER.

Rapport de la Commission à laquelle a été envoyé l'examen du mémoire de M. le docteur A. Vereeckè, assistant à l'Université de Gand, intitulé : *Les échanges organiques dans leurs rapports avec les phases de la vie sexuelle.*

I

ÉTUDE DES MODIFICATIONS DES ÉCHANGES ORGANIQUES SOUS L'INFLUENCE DE LA MENSTRUATION.

Cette étude se divise en trois parties :

A) *Influence de la menstruation sur la diurèse, l'élimination de l'urée, des phosphates et des chlorures chez la femme.*

a) *Diurèse.* — Pendant la période prodromique, elle diminue d'ordinaire d'autant plus que les symptômes prémonitoires sont plus marqués : l'organisme retient l'eau de circulation qui augmente la masse sanguine destinée à congestionner l'appareil utéro-ovarique ; il se développe ainsi un certain degré de pléthore hydrémique se traduisant par la bouffissure du visage, le teint pâle et terne.

Coincitant avec l'établissement du flux menstruel, on observe une diurèse profuse, pendant 24-48 h., suivie d'une disurie compensatrice jusqu'à la cessation des règles ; de là, la diurèse se relève pour se maintenir à la normale pendant la période post-menstruelle ; elle devient maximale à la période anti-prodromique suivante.

b) *Élimination de l'urée.* — Comme la diurèse, elle est maximale

pendant la période antiprodromique, fléchit avec assez de brusquerie pendant la période prodromique (2-3 jours avant les règles), se relève précisément au moment de l'établissement du flux cataménial, d'autant plus que ce flux est plus important, cette hausse peut se traduire pendant 24-48 heures; elle est suivie d'une descente lytique aussi longtemps que dure l'évacuation sanguine; celle-ci terminée, la descente s'accroît encore pendant quelques jours, arrive à son minimum pour de là se relever tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement jusqu'à la période antiprodromique suivante où a lieu une montée assez raide vers un plateau élevé.

c) *Élimination des phosphates*. — Dans son ensemble, suit les fluctuations de l'urée, mais pas parallèlement. Il existe périodiquement un balancement du rapport $\frac{Az}{PhO^5}$ qui diminue à l'époque des règles.

d) *Élimination des chlorures*. — S'abaisse pendant la période prodromique, continue à fléchir pendant les règles et cette rétention du chlore peut continuer pendant une grande partie de la période post-menstruelle.

« Ce qui caractérise la menstruation étudiée sous le rapport des modifications des échanges organiques chez la femme, c'est un balancement périodique de la désassimilation : alternativement les combustions organiques sont accélérées et ralenties. Toutefois ce mouvement n'est pas simple : le ralentissement des échanges est interrompu par l'« onde cataméniale ».

B) *Étude des échanges organiques pendant la menstruation chez la lapine*.

a) *Diurèse*. — Quelques jours avant la menstruation a lieu une réduction modérée, mais constante. La diurèse augmente pendant l'écoulement menstruel; après, elle subit une nouvelle inflexion moins régulière,

b) *Élimination de l'urée*. — 3-4 jours avant la phase menstruelle, commence à diminuer; se relève brusquement et fortement au début du flux; cette hausse est suivie d'une descente progressive mais modérée tant que dure le flux, tandis que, la menstruation terminée, la courbe de l'urée s'abaisse davantage et plus rapidement pour atteindre son minimum 5-6 jours après. De là, l'excrétion de l'urée se relève lentement vers son niveau primitif.

c) *Élimination des phosphates*. — Suit les mouvements de la courbe de l'urée, mais comme chez la femme, le rapport $\frac{Az}{PhO^5}$ diminue pendant la menstruation.

d) *Élimination des chlorures*. — Pendant la menstruation, s'établit une rétention du chlore qui se continue assez longtemps après.

« En résumé, la menstruation, chez la lapine, s'accompagne toujours d'un ralentissement des combustions organiques, mais ce ralentissement des échanges est interrompu par l'« onde menstruelle ».

L'étude du bilan azoté pendant la menstruation chez la lapine montre que pendant la période prodromique, l'assimilation de l'azote augmente, elle fléchit notablement pendant la menstruation : l'animal peut même, avec une ration de luxe, éliminer plus d'azote que n'en renferme la ration ; après la menstruation, au contraire, l'assimilation subit une recrudescence compensatrice, si bien que les gains de N dépassent de beaucoup les pertes relatives pendant la menstruation.

C) L' « onde cataméniale » est une fluctuation qui vient interrompre momentanément le ralentissement de la désassimilation aux époques menstruelles. Elle reconnaît comme cause l'évacuation sanguine. En effet :

- a) Elle coïncide toujours avec l'établissement du flux menstruel.
- b) Son amplitude est en raison directe de l'importance de ce flux.
- c) Elle est passagère, suivie d'une chute lytique tant que dure la menstruation quand celle-ci est profuse, critique quand la menstruation est moins importante.

Les travaux de V. Jürgensen et de J. Bancs ont démontré que chez l'animal les soustractions sanguines accélèrent momentanément les échanges et l'auteur a obtenu les mêmes résultats chez le lapin chaque fois au moins que l'animal était soumis à une ration de luxe et subissait des hémorrhagies profuses.

CONGRÈS DE MOSCOU

Traitement médical de l'endométrite par l'emploi de vapeurs de brôme.

Par M. NIROT, de Paris.

Le véritable traitement prophylactique de la métrite parenchymateuse et de la salpingite chronique doit consister dans la guérison rapide de l'endométrite récente qui est le point de départ des lésions, pendant que l'inflammation est encore superficielle, et avant qu'elle n'ait gagné le parenchyme utérin ou qu'elle se soit propagée aux trompes.

Pour remplir ce but, il faut pouvoir disposer d'un médicament susceptible d'atteindre l'inflammation sur toute l'étendue de la muqueuse utérine, jusque dans ses replis, jusqu'au fond des cornes utérines et même jusque dans la trompe à travers l'ostium uterinum.

Pour arriver à ce résultat, ce médicament doit être gazeux et ses vapeurs doivent être éminemment antiseptiques, extrêmement diffusibles et douées de propriétés anticatarrhales en agissant sur les épithéliums suffisamment pour les modifier sans les détériorer.

Le brôme, qui se présente à l'état liquide dans le commerce, mais qui a la propriété d'émettre des vapeurs denses à la température ambiante, qui est soluble dans l'eau, est précisément doué de ces propriétés.

Pour dégager les vapeurs du brôme et les amener ensuite au moyen d'une sonde spéciale à double courant dans l'intérieur de la cavité utérine, il suffit de se servir d'une solution aqueuse saturée de brôme qu'on renferme dans un flacon à double tubulure et dans lequel on projette, au moyen d'une soufflerie, de l'air qui vient dans le flacon faire barboter le liquide médicamenteux.

Ce traitement, véritablement abortif de l'endométrite et de l'endométrio-salpingite récente, nous a donné les meilleurs résultats; car il atteint rapidement l'inflammation dans les recoins les plus reculés, grâce à l'extrême diffusibilité du médicament, qui agit ainsi à l'état gazeux avec une grande force de pénétration, sans avoir aucun des inconvénients des injections de liquides.

Les mélanges salés dans le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse.

M^{me} V. ANTOUCHEVICH (Orlov.g-t Viatka) a trouvé une analogie entre les symptômes des vomissements incoercibles de la grossesse avec ceux observés chez les animaux privés de sel, c'est-à-dire nourris d'albumine. Le fait semble être confirmé par les bons résultats obtenus dans les vomissements incoercibles par l'administration de mélanges salins à haute dose. La guérison s'établit en quelques jours. On n'observe pas de récidives. Ordinairement, l'auteur prescrit à la fois le mélange salin de Botkine, le phosphate de chaux, le sel de Glaubert et les bromures.

Traitement de la grossesse extra-utérine par l'électricité.

M. J.-P. NÉNORODOFF (Moscou). — La grossesse extra-utérine, au début, doit être soignée par l'électricité et ceci jusqu'à trois mois de son évolution.

Pour ce qui est de la grossesse extra-utérine dégénérée en hémato-salpinx et n'ayant pas dépassé trois mois, l'électricité a paru à l'auteur être le seul traitement non chirurgical possible.

Les autres cas sont du domaine de la chirurgie.

NOUVELLES

Syndicat des Médecins de la Seine

ORDRE DU JOUR

Les Membres du Conseil d'Administration du *Syndicat des Médecins de la Seine* ont examiné dans leurs séances du 5 et du 11 octobre 1897 le cas du D^r Laporte.

Respectueux des lois, ils ne peuvent cependant s'empêcher de s'élever

contre les mesures exceptionnelles prises à l'égard de leur confrère.

En effet, le D^r Laporte ne semble avoir commis, dans les circonstances difficiles où il se trouvait, aucun acte entachant son honneur ou son savoir professionnel ; le résultat malheureux de son opération paraît dû à un accident toujours à craindre dans des cas aussi graves, et cet événement, si regrettable qu'il soit, ne peut équitablement être considéré comme un délit.

D'ailleurs, la responsabilité pénale ne saurait, en bonne justice, exister pour le médecin exerçant son art dans des conditions de moralité nécessaires ; une telle jurisprudence rendrait impossible les applications les plus urgentes de la médecine et de la chirurgie, elle léserait gravement les intérêts des malades et compromettrait parfois leur existence.

Quant à l'arrestation préventive dont le D^r Laporte a été victime, elle apparaît aux esprits les moins prévenus comme cruelle, sans nécessité et sans précédents.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — **Concours de l'internat en médecine.** — AVIS. La composition écrite du Concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 18 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepticité intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholériforme, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

Véritables **GRAINS de SANTÉ du D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AFFAIRE LAPORTE

La neuvième Chambre correctionnelle vient de rendre son jugement dans cette malheureuse affaire (*voir plus loin*).

Ayant pris une part active aux démarches faites par le Syndicat des Médecins de la Seine, ayant entre les mains la copie du dossier de cette cause (autopsies, rapports des experts, interrogatoires du prévenu, dépositions des témoins, réquisitoire définitif) et ayant assisté aux débats, nous allons résumer cette affaire aussi succinctement et clairement que possible, pour permettre à nos lecteurs, d'apprécier le danger que l'arrêt rendu dans ce cas, fait courir aux malheureuses, qui auraient besoin d'une intervention du chirurgien ou de l'accoucheur.

Le 11 septembre 1897, vers onze heures du soir, le D^r Laporte, médecin inscrit au service de nuit du quartier de Charonne, était appelé, sur la demande de la sage-femme du Bureau de Bienfaisance, auprès de la femme Fresquet, en travail depuis trente-six heures environ et enceinte pour la sixième fois. Quatre des accouchements précédents avaient nécessité une application de forceps.

La sage-femme qui, vingt-cinq mois auparavant, avait assisté la femme Fresquet, avait été appelée le 10 au soir, et avait constaté un commencement de travail.

Rappelée le 11, vers 8 heures du soir, elle apprit que la poche des eaux s'était rompue dans l'après-midi, constata une présentation du sommet élevé, dans un bassin qu'elle savait rétréci, et une procidence du cordon. La sage-femme demanda l'assistance d'un médecin, mais le mari attendit onze heures du soir, pour aller au poste demander un médecin du service de nuit.

Le D^r Laporte, mis au courant, par la sage-femme, de la situation de la patiente et de son refus d'aller à l'hôpital, l'examina. Prévoyant les difficultés qui l'attendaient, il anesthésia la femme Fresquet,

avec son consentement, et tenta successivement, sans succès, trois applications de forceps avec un levret neuf. A l'auscultation il constata, ainsi que la sage-femme, que l'enfant était mort. Il se décida à pratiquer la craniotomie, d'abord avec le perforateur contenu dans l'une des branches de son forceps, puis avec un équarisseur, et, enfin, avec une aiguille à matelas de vingt et un centimètres et demi de longueur. Il perfora le crâne, constata l'issue de la matière cérébrale, réappliqua son forceps pour réduire la tête qu'il réussit enfin à amener au dehors. La délivrance achevée, il se retira en ordonnant des injections antiseptiques : il était deux heures et demie du matin environ.

Le 12 dans la matinée, la sage-femme vint voir la malade et lui donna une injection vaginale.

Le lendemain matin 13, la sage-femme sonda en vain la malade qui n'avait pas uriné depuis son accouchement. A ce moment, visita du médecin de l'Etat civil qui vient constater la mort de l'enfant, et prescrit à la mère une potion et deux cachets.

L'état de la malade s'aggravant, il ne vient à personne l'idée de prévenir le docteur Laporte, qui n'avait pas à revenir sans être appelé, et on fait venir dans l'après-midi le Dr B., qui, d'après le mari, aurait critiqué la conduite de l'accoucheur en ces termes : « Pauvre femme, le misérable qui vous a mis dans cet état là, oh ! c'est abominable. — Et cet enfant, voyons ! Mais il ne demandait qu'à vivre ; comme ils l'ont abîmé — C'est dommage, un si bel enfant. » Du reste, à l'audience il a déclaré que l'opération lui avait paru *anormale*. Sur son conseil, la malade est conduite à l'hôpital Tenon.

Placée d'abord dans un service de médecine, puis dans un service de chirurgie, on lui fait des injections vaginales d'eau bouillie et des injections hypodermiques de caféine. Elle meurt dans la matinée du 14 avec phénomènes de collapsus et d'hypothermie.

Le lendemain 15, le mari écrivait au procureur de la République pour demander une enquête.

M. Bertulus, juge d'instruction, est chargé d'instruire. Par ordonnance en date du 18 septembre, il requerrait le Dr Socquet, médecin légiste, de procéder à l'autopsie de la femme Fresquet : 1° pour dire quelles sont les causes de la mort ; 2° pour recueillir à l'hôpital tous renseignements utiles sur le traitement que l'on a fait suivre à la femme Fresquet, et sur les signes, symptômes, etc., qu'elle présentait à son entrée.

Mandat d'amener contre le D^r Laporte, qu'on va prendre à son domicile le 20 à six heures et demie du matin; il est conduit à la Morgue, où a lieu la confrontation, puis l'autopsie, en sa présence, celle de la sage-femme, du juge d'instruction et de son greffier.

Autopsie du cadavre de la Femme Fresquet

Je soussigné, Jules Socquet, Docteur en médecine, commis par Monsieur Bertulus, Juge d'Instruction près le Tribunal de 1^{re} instance du Département de la Seine, en vertu d'une ordonnance, en date du 18 Septembre 1897, ainsi conçue :

« Vu la procédure commencée contre Laporte, Victor-Louis-Marie, « inculpé d'homicide par imprudence ;

« Attendu la nécessité de procéder à l'autopsie du cadavre de la « nommée Fresquet, décédée à l'hôpital Tenon et transportée à la « Morgue,

« Ordonnons : 1^o Qu'il y sera procédé par Monsieur Socquet, Docteur « en médecine, lequel, après avoir reconnu l'état où se trouve ledit « cadavre, dira quelles sont les causes de la mort ;

« 2^o Qu'il sera recueilli par Monsieur le Docteur Socquet à l'hôpital « Tenon, tous renseignements utiles sur le traitement que l'on a fait « suivre à la femme Fresquet et sur les signes, symptômes, etc., qu'elle « présentait à son entrée. »

Serment préalablement prêté, ai procédé, le 20 Septembre 1897, à l'autopsie du cadavre de la femme Fresquet, en présence de l'inculpé Laporte, de la demoiselle Maitrepierre, accoucheuse, et de Monsieur Bertulus, assisté de son greffier.

I. — AUTOPSIE DU CADAVRE DE LA FEMME FRESQUET

Le cadavre est celui d'une femme de petite taille (1^m48) paraissant bien constituée et ne présentant aucun signe apparent de rachitisme. On ne constate aucune trace de violences apparentes sur les différentes parties du corps. — Par la cavité vaginale s'écoule un peu de sang. — Avant de procéder à l'ouverture du corps, nous avons procédé, à l'aide du doigt indicateur, à la mensuration du diamètre sacro-pubien, nous avons ainsi obtenu comme dimension du diamètre antéro-postérieur, défalcation faite pour l'épaisseur du pubis, 9 cent. 1/2.

À l'ouverture de la cavité abdominale, nous constatons dans la région de la fosse iliaque droite, un épanchement de liquide sanieux exhalant une forte odeur fétide; à ce niveau les anses intestinales sont rouges et congestionnées, réunies par quelques adhérences récentes.

Après avoir disjoint la symphyse pubienne, nous avons enlevé en masse, avec le couteau à cerveau, l'utérus et ses annexes, y compris la vessie, la cavité vaginale entière, et l'extrémité du rectum; le tout a été ensuite porté sur un plateau.

Après avoir introduit, par le canal de l'urèthre, une sonde cannelée

à l'intérieur de la vessie, nous avons, avec des ciseaux, fait une large incision sur la face antérieure de la vessie ; celle-ci était absolument vide. Lorsque la vessie a été ouverte, nous avons très-nettement constaté sur la face interne la présence de deux perforations, linéaires quand on tend un peu la paroi, mais restant au contraire béantes et à peu près circulaires quand la paroi est plus que relâchée. — L'une de ces perforations siège sur la face postérieure de la vessie, et communique avec le col de l'utérus ; cette perforation utéro-vésicale mesure 2 cent. de longueur. — L'autre perforation siège sur la partie latérale droite de la vessie, à quatre centimètres de la précédente et à peu près sur la même ligne horizontale ; cette perforation vésico-péritonéale mesure également deux centimètres de longueur. — Au niveau de ces deux perforations, la muqueuse vésicale est infiltrée de sang.

La vulve et le vagin sont intacts ; les culs-de-sac vaginaux ne présentent aucune lésion.

L'orifice externe du col de l'utérus ne présente rien d'anormal. Sur la face antérieure du col, à un centimètre de cet orifice et à peu près sur la ligne médiane, se trouve la perforation qui communique avec la vessie.

Le corps de l'utérus est volumineux, il mesure d'une trompe à l'autre 0^m25 cent. de longueur, et du fond à l'orifice externe 0^m20 centimètres.

L'épaisseur de la paroi utérine, prise au point le plus épais (partie médiane de la face postérieure) est de 0,025 millimètres. — La face interne de l'utérus est d'un rouge très foncé ; elle est fortement imbibée de sang sur toute son étendue. Nulle part de lésions évidentes.

Le poids total de l'utérus et de ses annexes, y compris le vagin et la vessie, est de 1 kil. 550 grammes.

L'œsophage et la trachée sont sains.

Les poumons sont un peu congestionnés ; ils ne contiennent pas de tubercule et paraissent sains.

Le ventricule droit du cœur renferme un caillot fibrineux et le ventricule gauche un caillot cruorique, les valvules sont saines.

L'estomac renferme quelques centimètres cubes d'un liquide jaunâtre. La muqueuse est saine.

Le foie est sain ; la vésicule biliaire ne renferme pas de calcul.

La rate est saine et n'est pas diffluente.

Les reins sont également sains et se décortiquent facilement.

Il n'y a pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les méninges ne sont pas congestionnées. Le cerveau, le bulbe et le cervelet ne présentent aucune lésion, ni tumeur.

II. — RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS A L'HÔPITAL TENON

La dame Fresquet aurait été admise à l'hôpital Tenon le 13 septembre, elle serait décédée le lendemain, 14 septembre, à 8 h. du matin. — Cette malade, placée d'abord dans un service de médecine, aurait été transférée presque de suite, salle Delessert, dans un service

chirurgical. — La surveillante de cette salle nous a déclaré que la dame Fresquet avait une température très basse lors de son entrée; la température aurait été prise à trois reprises différentes, et le thermomètre n'aurait jamais dépassé 35° centigrades. — On n'aurait fait à cette malade que des injections vaginales d'eau bouillie très chaude, et trois injections sous-cutanées d'une solution de caféine, dans la journée.

CONCLUSIONS.

1° La mort de la dame Fresquet est le résultat d'une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite, consécutive à une double perforation de la vessie (perforation utéro-vésicale et vésico-péritonéale).

2° — Cette double perforation a été faite avec un instrument piquant, tel que l'aiguille placée sous scellé n° 5.

3° — Le cadavre de cette femme porte les traces d'un accouchement récent et à terme.

4° — Les différentes lésions constatées ci-dessus, ont été reconnues exactes, par l'inculpé Laporte, au cours de notre autopsie.

Signé : SOCQUET.

Autopsie du cadavre de l'enfant.

Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né du sexe masculin pesant 3 kilogr. 420 grammes et mesurant 53 centimètres de longueur.

La putréfaction est légèrement commencée.

Le cordon ombilical mesure 0,32 centimètres de longueur, il a été sectionné et ne porte pas de ligature.

Le diamètre antéro-postérieur du crâne mesure 0,118 millimètres, le diamètre transversal 0,095 millimètres, le diamètre occipito-mentonnier 0,135 millimètres, et le diamètre bi-acromial 0,147 millimètres. A la partie supérieure et médiane du crâne se trouve une petite plaie du cuir chevelu mesurant un centimètre de longueur sur 0,005 millimètres de largeur. — Sur la région latérale droite du crâne se trouvent deux autres petits orifices sur le cuir chevelu. — Enfin, à la région inférieure et gauche du cou, petit orifice de 0,005 millimètres environ de diamètre.

On ne constate pas d'épanchement sanguin sous le cuir chevelu. Les deux pariétaux sont disjoints dans leur moitié postérieure ainsi qu'au niveau de la suture occipito-pariétale droite sur une longueur de 0,02 centimètres. Les os du crâne ne chevauchent pas l'un sur l'autre.

Le pariétal droit présente une ligne de fracture verticale, partant de la partie médiane du bord supérieur et venant se terminer au niveau de la bosse pariétale. Sur cette ligne, à 0,02 centimètres environ du bord supérieur, se trouve une petite plaie osseuse de forme curviligne mesurant 0,005 millimètres de longueur. — Au niveau de cette plaie, se trouve sur la dure-mère une petite perforation de 0,005 millimètres de diamètre. Le pariétal gauche et les autres os du crâne ne sont pas fracturés.

L'hémisphère cérébral gauche est intact. — Sur l'hémisphère cérébral droit, au niveau de la perforation de la dure-mère, signalée plus haut, la substance cérébrale est détruite sur un petit espace de 0,02 centimètres de diamètre. La quantité de substance cérébrale qui a pu s'écouler par ce petit orifice est presque insignifiante. Le cervelet et le bulbe sont intacts.

Les poumons sont atelectasiés, plongés dans l'eau, avec le cœur et le thymus, ils ne surnagent pas ; il en est de même pour les fragments de poumon. Pas d'ecchymoses sous-pleurales.

Les cavités du cœur sont vides ; les valvules sont saines. — Sur la surface du cœur se trouvent quelques ecchymoses sous-péricardiques.

L'estomac renferme un peu de mucus.

Le foie, la rate et les reins sont sains.

Le méconium occupe les dernières parties du gros intestin.

Les condyles de l'extrémité inférieure du fémur présentent un point d'ossification mesurant 0,009 millimètres de diamètre. — Le maxillaire inférieur possède huit alvéoles nettement cloisonnées.

CONCLUSIONS

1° Le cadavre est celui d'un enfant nouveau-né, du sexe masculin, arrivé au terme normal de la vie intra-utérine.

2° Il n'a pas respiré.

3° Les blessures constatées sur le cuir chevelu et sur le pariétal droit paraissent avoir été faites avec un instrument piquant tel que l'aiguille à matelas (scellé n° 5).

4° Ces blessures constatées par l'inculpé Laporte, au cours de l'autopsie, auraient été faites dans le but de pratiquer la craniotomie pour faciliter l'accouchement.

5° L'enfant devait être mort lorsque cette opération a été pratiquée.

Signé : SOCQUET.

Conclusions du médecin légiste. Le docteur Laporte a pratiqué l'accouchement de la femme F... avec imprudence, négligence et inobservation des règles de l'art, et il a ainsi causé involontairement sa mort.

Arrestation immédiate et envoi à Mazas.

Emu par les récits fantastiques des journaux politiques, le président du Syndicat des Médecins de la Seine s'efforça d'obtenir des renseignements sur cette affaire. Dès le 23, voyant qu'il s'agissait d'une question d'intérêt professionnel, méritant l'attention du corps médical tout entier et pouvant avoir dans la suite les conséquences les plus graves pour la chirurgie et l'art des accouchements, le Syndicat entra en campagne.

Le 23 dans l'après-midi, le président du Syndicat et le trésorier se rendaient chez le juge d'instruction pour lui demander la mise en liberté de leur confrère, poursuivi pour un délit et non pour un crime. Le juge répondit par un refus formel, bien que sa liberté fût absolue sur ce point, ne relevant absolument que de sa conscience.

La prévention, disait-il, en droit est justifiée, parce que Laporte est passible d'une peine de deux ans de prison; et il la maintenait en se basant : 1° sur le dénuement de l'inculpé; 2° sur son état d'affolement qui pouvait le pousser au suicide; 3° sur la possibilité, s'il était mis en liberté, de recommencer à nouveau la même opération; 4° sur l'absence de garantie, de cautionnement : il pouvait filer, se soustraire à l'action de la justice..... (il avait 1 fr. 40 en poche).

Fils d'un médecin distingué de Marseille, le juge d'instruction déclara n'avoir agi qu'après s'être entouré de toutes les garanties désirables; il avait un rapport signé de l'expert et, persuadé d'une faute lourde, il avait, après mûre réflexion et pour les raisons ci-dessus, décidé l'arrestation qu'il maintenait.

Il reprochait au D^r Laporte tout ce qu'il avait tenté sur la femme F... Applications de forceps, craniotomie, défaut d'antisepsie, emploi d'instruments de fortune, inexpérience, maladresse, inobservation des règles de l'art. Le forceps, l'aiguille auraient été introduits dans le canal vulvo-vaginal, sans avoir été guidés avec la main.

Il m'autorisa à voir Laporte, le lendemain 24, dans son cabinet.

J'expliquai à Laporte que ma démarche avait pour but de lui démontrer que, dans sa détresse, il n'était pas abandonné; que l'opinion publique, la presse tout entière, étaient en sa faveur. Je lui apportais l'appui moral et pécuniaire du Syndicat des Médecins de la Seine, bien qu'il n'en fît pas partie, mettant à sa disposition les lumières de notre Conseil judiciaire.

Je lui remis aussi, de la part de la Société des Médecins des Théâtres, une collecte faite en sa faveur. Après une légère hésitation, et sur les instances du juge d'instruction, il accepta. Le pauvre garçon fut très touché de cette démarche et m'en remercia vivement.

Au sortir de cette entrevue, je rencontrai sa famille qui venait aussi lui rendre visite. De concert, nous nous occupâmes de la défense de notre malheureux confrère, et M^e Henri Robert fut choisi comme avocat.

Souffrant d'une arthrite de l'épaule, il fut, sur notre demande, placé à l'infirmerie, par le médecin de la prison, dans une cellule plus gaie, avec un rayon de soleil.

Une audience, au nom du Syndicat, fut demandée par lettre au Ministre de la justice, lettre qui lui fut remise le 27 à l'heure de son déjeuner. Malheureusement, le Garde des Sceaux ne fit qu'un séjour de vingt-quatre heures à Paris, il ne put nous recevoir. La seule réponse fut une note laconique qui parut dans un journal, note disant que, l'affaire étant entre les mains du juge d'instruction, le Ministre ne pouvait intervenir.

Un revirement général s'était produit dans la presse, revenue à une plus saine appréciation de l'affaire. L'opinion publique, mieux éclairée, fit justice des descriptions erronnées et sensationnelles des premiers jours et devint nettement en faveur de notre malheureux confrère.

Le 26, la lettre-circulaire suivante était adressée à tous les médecins de Paris et de la Seine par les soins du Syndicat des Médecins de la Seine :

Syndicat des Médecins de la Seine.

Paris, le 26 Septembre 1897.

CHER CONFRÈRE,

Ainsi que nous-mêmes, vous avez dû être ému par la déplorable affaire du Dr Laporte. — Un accident, une imprudence lui ont été imputés à crime, et notre malheureux confrère est en prison préventive. Nous n'avons même pu obtenir sa mise en liberté provisoire.

Une semblable interprétation de nos risques professionnels nous intéresse tous, car pratiquer une opération deviendrait chose singulièrement osée si de pareilles théories venaient à prendre pied.

Il est certain, d'autre part, que dans la médecine des indigents, pour citer un exemple, à la ville comme à la campagne, le praticien mettrait en balance, abstraction faite des honoraires absents, les émotions d'une intervention avec la prison risquée; il deviendrait abstentionniste par prudence. La condamnation du Dr Laporte pourrait ainsi, et par contre coup, tuer dans la suite des mères et bien des enfants.

Il importe donc de rétablir les faits dans leur ordre. Le médecin imprudent ou malheureux n'est point un criminel. On semble l'oublier aujourd'hui; il convient que nous le rappellions à l'opinion publique égarée.

Nous vous prions d'y contribuer par vos paroles, par vos écrits, surtout par des articles de journaux et par la discussion dans les différentes sociétés médicales dont vous faites partie.

Nous y travaillerons nous-mêmes de toutes nos forces.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
du Syndicat des Médecins de la Seine.

Une lettre était également adressée à l'Académie de Médecine pour être lue à la séance du 28 septembre. Le Syndicat attend toujours la réponse à cette lettre.

Le 30 septembre, le Président et le Trésorier du Syndicat faisaient une nouvelle démarche près de M. Bertulus. L'instruction allait être close, nous espérions une ordonnance de non-lieu. Vaines espérances, le renvoi en police correctionnelle allait être prononcé par le juge d'instruction. Mais il nous proposa la mise en liberté provisoire de notre confrère moyennant une caution, fixée d'abord à 2000 francs puis à 1000 francs. Heureux d'être utile à notre malheureux confrère, nous acceptâmes de verser cette somme au nom du Syndicat.

Dans le cabinet même de M. Bertulus, nous rencontrâmes M^r Henri Robert qui approuva notre projet de mise en liberté provisoire, et rendez-vous fut pris pour le lendemain 1^{er} octobre, afin de verser le cautionnement et remplir les formalités nécessaires pour la mise en liberté provisoire.

Ce même jour je rencontrai au Parquet la mère du D^r Laporte et j'eus la joie de lui annoncer que son fils lui serait rendu le soir même. Elle alla l'attendre à sa sortie de Mazas.

Le 2 octobre, j'adressai au nom du Syndicat, au Procureur de la République, une demande d'audience pour lui exposer les raisons que nous avons de croire à l'absence de tout délit et obtenir une ordonnance de non-lieu; ce qui aurait motivé le renvoi devant la Chambre des mises en accusation, qui aurait décidé si, oui ou non, il y avait lieu à poursuites. Malheureusement, le Procureur de la République était absent, et M. Pinion, substitut chargé de l'intérim, conclut à des poursuites correctionnelles.

La réponse à cette lettre me parvint par l'intermédiaire du Commissaire de Police de mon quartier, le 11 octobre, à 10 heures du matin.... une semaine après!

Notre confrère, enfin libre, put se consacrer à l'étude du dossier de son affaire, voir les confrères qui avaient bien voulu s'intéresser à lui et s'entendre avec son défenseur.

L'affaire vint devant la neuvième Chambre correctionnelle les 19 et 20 octobre 1897; Président, M. Richard; Ministère Public: M. Brouchet, substitut.

Le Corps Médical français tout entier s'est occupé de cette affaire; il en a suivi les débats avec anxiété, et le jugement rendu l'a profondément ému. C'est la responsabilité professionnelle du médecin mal appréciée, mal jugée, et il est certain que

c'est la doctrine du laisser-mourir qui va l'emporter. Tous les médecins vont devenir abstentionnistes pour ne pas avoir la perspective d'aller à Mazas après un accouchement ou une opération malheureuse.

D^r A.-F. P.

RAPPORT DES EXPERTS

Nous, soussignés, Maygrier (Charles), Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de l'hôpital de Lariboisière, et Socquet (Jules), médecin expert près des Tribunaux,

Commis par Monsieur Bertulus, Juge d'Instruction au Tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance en date du 20 septembre 1897, ainsi conçue :

- « Vu la procédure en cours contre Laporte (Victor-Louis-Marie),
- « Docteur en médecine,
- « Inculqué d'homicide par imprudence;
- « Vue l'autopsie faite le 20 septembre courant, en présence de l'inculpé Laporte, par Monsieur le Docteur Socquet, à ces fins commis;
- « Attendu qu'il importe de savoir si le Docteur Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en opérant la craniotomie
- « sur l'enfant que cette femme portait dans son sein, a :
- « 1^o Observé toutes les règles de l'art des accouchements;
- « 2^o Commis quelque négligence;
- « 3^o Commis quelque imprudence;
- « 4^o Commis quelque maladresse;
- « Ordonnons qu'il sera, aux fins ci-dessus, procédé à une expertise
- « par les soins de Messieurs les Docteurs Maygrier et Socquet, experts
- « près le Tribunal de la Seine. »

Serment préalablement prêté,

Répondons ainsi qu'il suit aux questions posées par Monsieur le Juge d'Instruction, après avoir pris connaissance des pièces contenues dans le dossier, et examiné les divers objets placés sous scellés :

1^o Les éléments qui nous permettent de répondre à la première question : Laporte a-t-il observé toutes les règles de l'art des accouchements, nous sont fournis par l'examen des dépositions de l'inculpé, de l'accoucheuse et des autres témoins.

Il résulte de ces dépositions, assez concordantes dans leur ensemble, que le samedi 11 septembre, vers 11 heures 1/2 du soir, à son arrivée auprès de la femme Fresquet, Laporte s'est trouvé en présence de la situation suivante :

La femme Fresquet était en travail d'accouchement depuis deux jours environ ; la dilatation du col de l'utérus était complète.

Il y avait une présentation du sommet, la tête étant fixée au détroit supérieur du bassin.

Il existait en outre une procidence du cordon ombilical, reconnue par la sage-femme dès la rupture de la poche des eaux, rupture qui s'était produite dans l'après-midi du 11 septembre.

L'enfant était vraisemblablement mort, étant donné que le cordon faisait procidence depuis plusieurs heures.

Enfin le bassin était légèrement rétréci. Les constatations faites par l'un de nous à l'autopsie ont démontré en effet que le détroit supérieur mesurait, dans le sens antéro-postérieur, 9 cent. 1/2 de diamètre, au lieu de 11 cent. dimension normale de ce diamètre. — Telle était la situation.

Dans ces conditions, l'éventualité d'un accouchement spontané devenait très problématique, la femme Fresquet ayant d'ailleurs dû subir, à plusieurs de ses accouchements antérieurs, des applications de forceps. La longue durée du travail, l'insuffisance des efforts d'expulsion, la mort de l'enfant, étaient des indications urgentes de terminer artificiellement l'accouchement.

La femme Fresquet, désirant faire ses couches chez elle et l'assistance d'un médecin de nuit ayant été requise, Laporte, appelé comme tel, n'a pas hésité à accepter la mission pénible de délivrer cette femme chez elle, dans des conditions particulièrement difficiles.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer constituait un cas de dystocie sérieux.

L'indication d'intervenir était immédiate et formelle, et le traitement le plus rationnel était, selon nous, d'appliquer le forceps d'abord, et, en cas d'insuccès, de pratiquer la craniotomie.

Or, il paraît bien établi que Laporte a d'abord appliqué le forceps et que, ne réussissant pas, il s'est décidé à recourir à la craniotomie.

Il s'est donc conformé aux indications que comportait la situation, et il a observé, sur ce point, toutes les règles de l'art des accouchements.

2. Les trois autres questions qui nous sont posées : Laporte a-t-il commis quelque négligence, imprudence ou maladresse, étant connexes, nous ne les dissocierons pas, et pour y répondre, nous allons examiner la manière dont Laporte a opéré.

Après avoir au préalable endormi la femme avec du chloroforme, il aurait fait, sans succès, trois applications de forceps. Le forceps dont il s'est servi (scellé 7) est un forceps de Levret, en parfait état. Laporte l'aurait trempé dans l'eau bouillante avant de l'appliquer.

Après ces tentatives infructueuses, il se serait résolu à pratiquer la craniotomie, opération qui consiste à perforer le crâne de l'enfant pour donner l'écoulement à la substance cérébrale, dans le but de diminuer le volume de la tête, et de faciliter, ainsi, son passage à travers le bassin.

N'ayant à sa disposition d'autre craniotome ou perce-crâne que la pointe aiguë contenue dans l'une des branches de son forceps, Laporte aurait commencé par s'en servir, mais sans obtenir de résultat.

C'est alors que, vu l'urgence, la femme étant toujours endormie, il aurait demandé au mari de lui procurer un instrument piquant quelconque pour perforer le crâne de l'enfant. Le sieur Fresquet lui aurait remis les objets suivants : un équarisseur (scellé 1), un ciseau à froid (scellé 2), un fil de fer pointu, dit porte-étiquette (scellé 4), une aiguille en fer, dite à matelas (scellé 5), enfin un marteau (scellé 3).

Sans entrer dans les détails un peu confus, et contradictoirement rapportés, des manœuvres qui auraient été tentées avec ces divers instruments, nous ferons simplement remarquer que plusieurs d'entre eux (scellés 1, 2 et 4) ne nous paraissent pas avoir pu être employés utilement, étant trop courts pour atteindre la tête de l'enfant, située encore assez haut. Avec l'aiguille à matelas seule (scellé 5), longue de 21 cent. 1/2, il était possible d'arriver à pénétrer dans le crâne, et il paraît avéré que c'est avec la pointe de cet instrument que le pariétal droit a été perforé.

Quant au marteau, il n'aurait servi, d'après la déclaration même de Laporte, « qu'à tapoter légèrement sur l'extrémité de l'instrument dont « il se servait pour perforer le crâne, mais sans insister. »

Les constatations faites à l'autopsie de l'enfant démontrent que l'ouverture faite au crâne avec l'aiguille à matelas a été très petite, que l'écoulement de la substance cérébrale a été minime, et que la diminution du volume de la tête fœtale a été, de ce fait, peu notable.

L'instrument employé était donc certainement défectueux ; il était, de plus, difficile à manier et à diriger avec sûreté, en raison de sa *ténuité*, et il n'est pas surprenant qu'une échappée ait pu se produire, au cours de son introduction répétée, du côté des parties molles de la mère (perforations du col de l'utérus, de la vessie en deux endroits, découvertes à l'autopsie, et reconnues par Laporte ; l'une des perforations vésicales s'ouvrait dans le péritoine).

Toutefois, il est juste de reconnaître que l'urgence de l'opération autorisait jusqu'à un certain point Laporte à employer cet instrument. On lit en effet dans le *Guide pratique de l'accouchement* de Pénard et Abelin (7^e édit. 1889, p. 549) auteurs invoqués par Laporte pour sa justification, la phrase suivante : « La craniotomie s'exécute avec les « ciseaux de Smellie ou le perce-crâne de H. Blot, ou les ciseaux de « Nœgelé, ou, au besoin, avec n'importe quel instrument, tout à la « fois solide, piquant et un peu tranchant vers la pointe. »

D'autre part, il est certain que Laporte n'est pas le premier praticien qui ait agi ainsi et, dans un livre récent, le *Précis d'obstétrique*, de Ribemont-Dessaignes et Lepage (2^e édit. 1896, p. 1178) on trouve le passage suivant : « Il n'est pour ainsi dire pas d'instrument qui n'ait « été employé pour ouvrir la boîte crânienne du fœtus ; nombre de « médecins n'ayant pas à leur disposition d'instruments spéciaux, ont « utilisés ce qu'ils avaient sous la main : couteaux de cuisine, bistouris, « ciseaux, etc... »

Quoiqu'il en soit, après avoir fait choix de l'instrument qu'il jugeait le plus approprié au but qu'il se proposait, Laporte devait l'aseptiser soigneusement avant de s'en servir, puis le guider avec la plus grande prudence, sur ses doigts profondément introduits dans les organes maternels, afin d'éviter de blesser ces organes. Or, il ne paraît pas établi, d'après les renseignements fournis par le mari, la sage-femme et Laporte lui-même, que toutes ces précautions aient été rigoureusement prises.

Il semble en effet certain, d'une part, qu'il n'a été fait usage d'aucune substance antiseptique pendant l'accouchement. Comme mesure aseptique, Laporte s'est borné à tremper son forceps dans l'eau bouillante, comme nous l'avons dit. A l'égard des autres instruments, ses souvenirs ne sont pas précis ; il croit cependant se rappeler avoir plongé également dans l'eau chaude l'aiguille à matelas. D'autre part, il semble résulter de diverses dépositions, et notamment de celle de la sage-femme, que Laporte a introduit directement les instruments dans le vagin, sans les guider sur sa main, en se bornant à entr'ouvrir avec les doigts l'orifice vulvaire.

Nous devons cependant reconnaître que les lésions produites par Laporte, lésions dont il existe d'ailleurs d'autres exemples dans la science, étaient difficiles à éviter avec un pareil instrument, surtout entre les mains d'un opérateur qui, de son propre aveu, pratiquait pour la première fois la craniotomie.

Après avoir perforé le crâne, et constaté l'issue d'un peu de substance cérébrale, Laporte aurait réappliqué le forceps ; il déclare avoir alors réussi à extraire le fœtus.

L'accouchement terminé, il a procédé à la délivrance, prescrit des injections phéniquées et s'est retiré.

Trente-six heures plus tard, la femme Fresquet n'avait pas encore uriné. Le cathétérisme vésical pratiqué par la sage-femme n'amena que quelques gouttes d'un liquide sanieux et fétide : ce fait s'explique aisément par la double perforation de la vessie, les urines s'écoulant directement dans la cavité péritonéale.

La malade, transportée dans la journée du 13 septembre à l'hôpital, y a succombé le 14 à 8 heures du matin.

En résumé, de ce qui précède nous croyons pouvoir conclure, tout en faisant la part des conditions défavorables et du milieu défectueux où Laporte se trouvait placé pour intervenir, ce qui rendait sa tâche particulièrement difficile, qu'il n'a pas conduit son opération avec la prudence voulue, et que, s'il a réussi à délivrer la femme Fresquet, il a néanmoins produit involontairement une blessure de la vessie, qui a été le point de départ d'une péritonite promptement mortelle.

CONCLUSIONS.

1° En appliquant d'abord le forceps, et en essayant ensuite la craniotomie, Laporte s'est conformé aux indications que comportait la

situation dans laquelle se trouvait la femme Fresquet; il a donc observé les règles de l'art des accouchements, en ce qui concerne les indications opératoires.

2° Laporte, en accouchant la femme Fresquet, et notamment en pratiquant la craniotomie, opération qu'il faisait pour la première fois, n'a pas opéré avec ⁽¹⁾ la prudence et l'habileté désirables. Il a déterminé, en se servant, il est vrai, d'un instrument défectueux, une blessure involontaire qui a entraîné la mort.

Signé : Ch. MAYGRIER et SOCQUET.

LE JUGEMENT

Voici le texte du jugement :

« Attendu que Laporte a été appelé le 11 septembre 1897 la nuit pour un accouchement difficile auprès d'une femme en travail depuis 36 heures et ayant eu déjà cinq grossesses suivies d'accouchements très laborieux ;

« Attendu que Laporte s'est rendu au domicile de cette femme, muni d'un forceps, seul instrument en sa possession ; qu'après l'examen de la malade il a jugé que l'application du forceps était nécessaire ;

« Attendu qu'il a fait cette application de forceps sans guider l'instrument avec la main ; qu'il a donné à la parturiente une position vicieuse ; le bassin sur le lit et les jambes pendantes ; que le mari a dû intervenir et placer sa femme dans la position normale ;

« Attendu qu'après trois applications de forceps sans résultat, le Dr Laporte a fait preuve d'une grande agitation, d'un grand trouble, et a déclaré à plusieurs reprises qu'il était au bout de son rouleau ;

« Attendu que lorsqu'on lui a proposé d'appeler un autre médecin, il a répondu qu'il voulait attendre encore ;

« Attendu qu'il a jugé l'opération de la craniotomie nécessaire et qu'il n'était en possession d'aucun instrument propre à pratiquer cette opération. Ayant d'abord essayé la pointe de son forceps, il a demandé un instrument quelconque ; rejetant une étiquette et un équarrissoir, il a pris une aiguille de matelassier sans la tremper dans l'eau bouillante et sans l'aseptiser en aucune façon ;

« Attendu qu'il a introduit cette aiguille dans le vagin de la parturiente sans la guider avec la main, en écartant seulement les lèvres de la vulve ;

« Attendu qu'après avoir retiré l'aiguille il n'a point vérifié le résultat de cette première opération, qu'il a pris un ciseau à froid, l'a introduit encore sans le guider et a frappé dessus avec un marteau, si bien que les personnes présentes lui ont arraché des mains ce ciseau et ce marteau ;

Attendu qu'après cela la femme s'est réveillée, a fait quelques mouvements qui ont fait paraître la tête du fœtus à l'orifice du vagin, que Laporte ne l'a pas reconnue tout d'abord, et que c'est seulement ensuite que, sur les instances du mari, il s'est décidé à l'extraire ;

« Attendu qu'après avoir eu l'enfant il se disposait à partir sans délivrer la femme, qu'il s'est ensuite retiré et n'a plus reparu ;

(1) Sur l'original de ce rapport, on trouve à cet endroit le mot « toute » qui a été rayé d'un trait de plume par les experts, l'importance de ce détail n'échappera point à nos lecteurs.

« Attendu que quelques heures après l'accouchement des symptômes graves se déclarèrent chez la malade et décidèrent le Dr Ballouhey à la faire conduire à l'hôpital où elle mourut le 14 septembre, à 8 heures du matin ;

« Attendu que le cadavre de l'enfant portait une plaie au crâne ;

« Attendu qu'à l'autopsie les médecins experts ont reconnu que la mort de la parturiente avait été amenée par une péritonite consécutive à une double perforation de la vessie provoquée, selon toute probabilité, par l'aiguille dont s'est servi le Dr Laporte ;

« Attendu que M. le Dr Maygrier conclut, avec M. le Dr Socquet, que la perforation de la vessie est l'œuvre d'un instrument aigu ;

« Attendu cependant que M. le Dr Pinard proteste contre cette manière de voir et qu'il explique la rupture de la vessie par des perforations spontanées ou produites par des aiguilles osseuses si fréquentes à l'intérieur du bassin ;

« Attendu qu'une note complémentaire des experts ne permet pas de conclure à des ruptures spontanées et qu'il n'a pas été trouvé d'aiguilles osseuses dans le bassin de la parturiente ;

« Attendu que le Tribunal, placé entre les argumentations de médecins aussi éminents, les unes basées sur les constatations à l'autopsie et les autres sur des vues théoriques et des hypothèses, conclut que les perforations de la vessie ont été faites par l'aiguille à matelas et que la mort est survenue du fait de négligences graves et de l'impéritie du prévenu ;

« Attendu que les tribunaux doivent être d'une extrême prudence, que les opinions, les théories leur échappent, et qu'ils ne peuvent pas contrôler un diagnostic ni l'opportunité des interventions médicales, mais que leur compétence s'étend aux fautes de droit commun commises par ignorance, impéritie ou maladresse : les fautes lourdes ;

« Attendu que Laporte se disait médecin et accoucheur, sans avoir rien des connaissances requises, qu'il n'avait pratiqué que deux accouchements en dehors de ses études gynécologiques, qu'il n'avait jamais fait de craniotomie, qu'il s'est montré aux yeux de la sage-femme d'une inexpérience accusée, qu'il a fait chloroformer la malade sans exercer une surveillance suffisante ;

« Attendu qu'étant très agité, très ému, et manquant de la possession de ses facultés, il aurait dû envoyer chercher un autre médecin ; qu'en pratiquant la craniotomie, il a fait preuve d'impéritie et d'inexpérience en n'introduisant pas d'abord, comme il est prescrit, la main gauche dans le vagin, la tête de l'enfant étant maintenue, et en ne guidant pas le perforateur sur les deux doigts de cette main : l'index et le médus ; manœuvres qui assurent le succès de l'opération et protègent les organes ambiants ;

« Attendu qu'il n'a pas observé ces règles d'après les déclarations nettes et précises des témoins, et celles de M^{lle} Maîtrepierrre, plus vagues, disant que, peut-être, il a accompagné l'aiguille dans le vagin avec un doigt, ce qui est insuffisant ;

« Attendu que les déclarations du prévenu à l'instruction sont pour la plupart des aveux, que le prévenu a dit, entre autres choses : « Je crois que j'ai perforé le péritoine avec l'aiguille, mais je n'ai pas vérifié avec le doigt » ;

« Attendu qu'en introduisant l'aiguille dans le vagin, sans la guider et en n'en contrôlant pas les effets, il a contrevenu aux règles les plus élémentaires de l'art et s'est montré d'une incapacité manifeste ; qu'il a fait preuve

de tout le désarroi de son esprit par l'usage inconsidéré, inutile et dangereux, du marteau et du ciseau ;

« Attendu cependant qu'il y a lieu de tenir compte de la parfaite honorabilité de sa vie, les difficultés si grandes de ses débuts, de son émotion, de son manque de pratique par la rareté des clients... Le tribunal admet des circonstances atténuantes et condamne le sieur Laporte à **3 mois d'emprisonnement avec application de la loi Bérenger.** » (*Murmures nombreux.*)

Le compte-rendu des débats a paru dans tous les journaux quotidiens. Je n'insiste pas; j'ai voulu mettre sous les yeux des lecteurs de la *Gazette* les pièces capitales de ce procès pour les convaincre de l'innocence de notre malheureux confrère.

Le docteur Laporte, cédant aux instances des médecins qui l'ont si vigoureusement soutenu pendant cette douloureuse épreuve, s'est décidé à faire appel. L'affaire viendra en Janvier prochain devant la septième chambre des appels correctionnels présidée par M. Pottier.

D^r A.-F. P.

NOUVELLES

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 29 avril 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antiseptie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorrhoides*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

CONSTIPATION. — *Poudre laxative de Vichy.*

VÉRITABLES GRAINS DE SANTÉ DE D^r FRANCK
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

TRAVAUX ORIGINAUX

Le cancer chez la femme.

Par le Docteur SOLÉ, chirurgien à l'hôpital du Calvaire (Bruxelles).

Au moment où la question du cancer passionne les milieux scientifiques et où des recherches de toute nature sont faites sur son étiologie et son traitement, il importe que tout praticien vienne porter à l'édifice commun le fruit de ses recherches personnelles. C'est dans ce but que j'ai recherché et contrôlé la statistique du docteur Dever, statistique qui porte sur ses huit dernières années de pratique à l'hôpital du Calvaire.

Nous insisterons peu sur la curabilité de cette terrible affection,

FEUILLETON

• De quelques actions réflexes à distance provoquées par le froid et utilisées en hydrothérapie.

Par le Dr F. BOTTEY.

Les actions réflexes à distance produites par le froid sur le système nerveux sont très nombreuses, et il est souvent difficile de pouvoir saisir *a priori* le lien qui existe entre le point excité et l'organe éloigné qui devient le siège de certaines modifications à la suite de cette excitation.

Ces actions réflexes sont d'ordre

différent : elles aboutissent à des effets soit vaso-dilatateurs, soit vaso-constricteurs, ou à des contractions dans la sphère des muscles lisses ; elles peuvent même influencer les sécrétions et le fonctionnement dynamique de certains organes.

Ces phénomènes sont, dans beaucoup de cas, soumis à l'intensité et à la durée de l'application froide : ainsi, par exemple, du côté de la circulation capillaire, si l'application froide est très courte et très percutante, ce sont des effets de vaso-dilatation que l'on observe ; tantôt, au contraire, si cette application est plus prolongée et moins intense, ce sont des phénomènes de vaso-constriction que l'on constate. Dans le premier cas, ce

attendu que dans la plupart des cas nous nous sommes trouvés en présence de processus trop avancés pour pouvoir être traités radicalement; notre mission, presque toujours, s'est bornée à rendre moins pénible les derniers moments de la malade et à combattre les symptômes principaux, la cachexie, la douleur et les hémorrhagies.

Toutefois, et nous le démontrerons plus loin, nous sommes absolument convaincus de ce fait que, pris au début et convenablement traité, le cancer est curable dans un grand nombre de cas, que dans beaucoup d'autres l'intervention opératoire est encore utile et soulage la malade.

Depuis le 1^{er} octobre 1888 jusqu'à ce jour, la statistique porte sur 188 cas de cancer.

Nous comprendrons dans cette analyse, sous le nom de cancer, toute tumeur maligne, qu'elle soit d'origine mésodermique (sarcome) ou bien d'origine ectodermique (épithélioma, carcinome).

Siège. — Multiples sont les endroits où peuvent se développer ces lésions.

Sein, 99 cas : sein droit 34, sein gauche 65.

Face, 20 cas : région nasale 11, mâchoire supérieure 4, région fronto-temporale 3, région occipitale 1, langue 1.

Rectum, 8 cas.

sont les phénomènes secondaires de l'hydrothérapie, c'est-à-dire la *réaction* circulatoire que l'on recherche; dans le second cas, c'est-à-dire lorsqu'on veut déterminer le spasme des vaisseaux, on met principalement en jeu l'action exclusive de l'hydrothérapie.

Nous citerons quelques-unes de ces actions réflexes, dont l'importance n'échappera à personne, et que l'on utilise chaque jour en hydrothérapie.

Une application d'eau très froide, et de très courte durée, sur le front et sur la nuque dilate les vaisseaux du cerveau. Prolongée davantage, elle les contracte. Si l'eau froide sur la nuque était percutante, sous forme de douche par exemple, elle produirait

des vertiges et des phénomènes douloureux.

L'eau froide à la nuque agit sur les organes de la respiration. Une application sur la partie supérieure du corps agit également sur la sphère du pneumogastrique : la respiration et les contractions cardiaques, d'abord accélérées, sont ensuite ralenties.

L'immersion prolongée des mains dans l'eau froide combat l'hypérémie cérébrale et fait contracter les vaisseaux de la pituitaire. Il en est de même de l'eau froide sur les pieds.

Le froid au niveau de la région dorsale du tronc influence également les vaisseaux de la membrane pituitaire, ce qui explique la coutume populaire d'appliquer une clef dans

Membre inférieur, 7 cas : région inguinale 2, genou 3, face dorsale du pied 1, face antérieure jambe 1.

Estomac, 7 cas.

Membre supérieur, 4 cas : face antérieure avant-bras 2, face dorsale de la main 1.

Foie, 2 cas.

Larynx, 2 cas.

Pancréas, 2 cas.

Vessie, 1 cas.

Dure-mère, lobe frontal droit, 1.

Analyse microscopique. — Tous ces cas, examinés histologiquement, ont fourni 8 sarcomes, 5 aux membres inférieurs (2 à la région inguinale, 3 au genou, 1 au sein, 1 à la mâchoire).

Age. — Le sarcome n'atteint, en général, que les individus jeunes. Sur huit sarcomes, une seule de nos malades avait 63 ans, la plus âgée des autres n'avait que 35 ans.

Il est curieux de constater que c'est en général à partir de cet âge que se développent le carcinome et l'épithélioma. Nous ne notons que quatre cas qui y fassent exception, une enfant de 14 ans atteinte d'un épithélioma du front et trois cas de cancer utérin chez des malades âgés respectivement de 23, 28 et 29 ans.

Le cancer utérin naît de préférence entre 35 et 45 ans.

le dos pour combattre les épistaxis. La glace au niveau des vertèbres dorsales arrête les vomissements.

Une application froide sur les seins fait contracter les vaisseaux de l'utérus (Scanzoni).

La douche froide sur la région lombaire augmente la sécrétion de l'urine.

Une application de glace au niveau des vertèbres lombaires produit une dilatation vaso-motrice des vaisseaux de l'utérus (Chapmann) et active également la circulation des extrémités inférieures.

La douche lombaire froide, lorsqu'elle est à pression modérée et d'une durée assez longue (de 15 à 40 secondes et davantage) produit un spasme des vaisseaux de l'utérus. Au

contraire, lorsqu'elle est très percutante et très courte, elle provoque une dilatation des vaisseaux utérins, phénomène qui trouve son indication dans l'aménorrhée, la dysménorrhée spasmodique.

Le froid appliqué sur la face interne des cuisses détermine une contraction des vaisseaux de l'utérus.

Un bain de pied froid en immersion ou un pédiluve avec percussion moyenne (douche plantaire) suffisamment prolongé, font contracter également les vaisseaux de la matrice, et peuvent être utiles dans la ménorrhagie. Une application courte et très percutante, au contraire, comme une douche au jet plein et fort sur les régions dorsale et plantaire des pieds, favorise l'hémorrhagie utérine, tant en

Les cancers du sein, du rectum et de l'estomac entre 40 et 50 ans. L'épithélioma est rare avant 55 ans.

Marche de l'affection. — La rapidité de l'affection est en raison inverse de l'âge. Plus une malade est jeune, plus rapidement se développera son affection. Chez les malades de constitution faible, l'affection semble marcher avec plus de lenteur que chez les autres.

Les formes d'encéphaloïde du carcinome et les sacornes sont les tumeurs les plus malignes.

Récidives. — Tout ce que nous avons dit à propos de la marche de l'affection retrouve ici sa place.

La récurrence est en raison inverse de l'âge de la malade. Sur 42 amputations du sein, deux seulement ont récidivé dans la cicatrice endéans les trois mois, l'une des malades était âgée de 36 ans, l'autre de 39.

Les deux tumeurs à l'examen microscopique présentaient les caractères du carcinome médullaire.

A l'occasion de ce travail nous avons tâché de revoir les opérées. Sur 42 opérations pour tumeur du sein, faites avant le 1^{er} janvier 1896, 11 de nos malades ont été perdues de vue.

Nombre de cas : 31.

Mortalité opératoire ; 0.

Récidives : après 3 mois 2, après 6 mois 1, après un an 6, après 18 mois 4, après 2 ans 1.

dilatant les capillaires utérins qu'en attirant le sang vers le segment inférieur du corps.

Le bain de pieds froid augmente la sécrétion de l'urine.

Ce même procédé, ainsi que la douche sur les pieds, facilite l'expulsion des selles.

L'eau froide sur les pieds produit un rétrécissement des vaisseaux de l'encéphale, en même temps qu'elle détermine, surtout si l'on percute violemment, un afflux de sang vers les extrémités inférieures.

Le froid appliqué sur la partie inférieure du sternum augmente la fonction urinaire, en provoquant un spasme des vaisseaux prédominant, surtout sur les capillaires interstitiels et parenchymateux du rein, ce qui

déterminent des contractions réflexes dont la thérapeutique tire les plus grands profits. La douche froide hépatique, à percussion modérée et détermine une pression beaucoup plus considérable dans les capillaires du glomérule. En administrant une douche froide presternale assez prolongée, on peut ainsi combattre les congestions rénales qui se rencontrent chez les alcooliques, les paludéens, dans la gravelle et le diabète (1).

Enfin, les applications froides, plus ou moins percutantes (douches localisées) au niveau de certains organes, tels que le foie, la rate, l'estomac, etc.,

(1) Quand il y a contre-indication à l'usage de la douche froide, comme chez certains albuminuriques, celle-ci devra être remplacée par la douche écossaise (Béni-Barde).

Si nous admettons avec Koenig que des malades sans récédive après 2 ans peuvent être considérées comme guéries, nous avons donc 17 guérisons définitives, soit environ 57 %.

La récédive est plus rapide dans les cancers utérins que dans ceux du sein, cela provient, à notre avis, des causes suivantes :

1° La difficulté plus grande du diagnostic au début et par conséquent la tardivité de l'intervention.

2° L'imperfection de nos procédés opératoires qui ne nous permettent pas de suivre aussi loin les lymphatiques de l'utérus et du rectum que ceux du sein que nous poursuivons jusque dans le creux axillaire.

Hérédité. — Dans nos 188 cas, nous n'avons constaté l'influence de celle-ci que 23 fois, soit à peine 12 %. Cette influence semble être plus grande dans les cancers utérins que dans n'importe quelle autre forme : sur 37 cas de cancers de l'utérus, nous l'avons noté 8 fois, soit près de 23 %.

Etiologie. — Nous ne savons rien de bien certain relativement à l'étiologie du cancer. En tout état de cause, on ne peut nier que l'irritation exerce une action sur sa production ou sur son développement. Toutes les malades, en général, rejettent l'origine de leur mal sur un traumatisme. Ainsi pourquoi cette fréquence si considérable du cancer du sein gauche relativement à celui du sein droit

d'une durée assez prolongée, produira une constriction des petits vaisseaux sanguins et biliaires du foie et par conséquent des effets antiphlogistiques et résolutifs. Au contraire, dans certaines formes d'hypertrophie et d'engorgement torpide où la stase passive l'emporte sur l'hypérémie active, on stimulera vigoureusement la circulation ralentie et l'on produira des réactions vaso-dilatatrices en administrant la douche localisée très percutante et très courte. Ces mêmes principes sont applicables à la douche splénique.

Dans la sphère des muscles lisses influencés par l'hydrothérapie froide appliquée sur un point éloigné, citons l'action stimulante de la douche localisée au milieu de la région dorsale, là où existe le centre médulaire

génito-spinal signalé par Budge, et destinée à combattre l'impuissance fonctionnelle, l'atonie des vésicules séminales, la prostatorrhée. La douche lombaire, administrée au niveau de la 5^{me}, 6^{me}, et 7^{me} vertèbres lombaires, influence le centre vésico-spinal et anospinal (Masius, Giannuzzi), et, par ses effets très nets sur l'intestin et la vessie, combat la constipation, la rétention d'urine et l'incontinence dues à une parésie de l'organe.

Les phénomènes réflexes produits à distance par l'eau froide sont encore très nombreux. Nous venons seulement d'en signaler quelques-uns, qui suffiront pour montrer toute l'importance que l'on doit attacher aux applications localisées dans la pratique de l'hydrothérapie. (*Revue d'Hygiène Thérapeutique*).

dans des proportions de 2 à 1, 65 à 34. Si l'on veut bien observer, on verra que dans la classe ouvrière, principalement, les femmes ont une tendance à allaiter de ce côté et l'on verra presque toujours chez les femmes qui ont eu des enfants le sein gauche plus développé que celui du côté opposé. De même pour les cancers utérins les femmes accuseront presque toujours d'avoir souffert de métrite chronique pendant plusieurs années.

Sur nos sept cas de cancers de l'estomac, nous avons trouvé une certaine dyspepsie datant de longues années avant que le néoplasme n'ait pris naissance.

Quant à la pathogénie ancienne des théories en cours, ni la théorie nerveuse de Schröder van der Kolk, ni la théorie irritative de Virchow, ni celle des germes embryonnaires de Conheim, ni la théorie parasitaire n'ont apporté à leur appui un nombre suffisant de faits pour pouvoir être soutenues efficacement.

Notre rôle donc se borne à enregistrer des faits et à rechercher, par un interrogatoire minutieux, toutes les circonstances qui ont précédé et accompagné l'affection, espérant toujours arriver à jeter la lumière sur une maladie aussi importante que terrible pour notre pauvre humanité.

TRAVAUX BELGES

Kyste sébacé de la mamelle

Par le Dr LAMBERT, chef de clinique (1)

Une femme X..., âgée de 40 ans, mère de quatre enfants, le dernier âgé de huit ans, se présente le 23 février à la consultation de l'hôpital Saint-Sauveur, service de M. le professeur Folet. Elle désire se faire extirper une tumeur qu'elle porte dans le sein droit depuis 18 ans. Ce disant, elle découvre sa mamelle et il est facile de se rendre compte qu'il existe à la partie latéro-externe de la glande, une tumeur globuleuse, qui fait à peine saillie sous la peau, mais apparaît à première vue comme développée profondément aux dépens de la glande. Cette tumeur, nous dit la malade, a débuté il y a environ 18 ans pendant la gestation de son premier enfant; quand elle s'en aperçut, elle était grosse comme un pois et n'occasionnait aucune douleur. Cela ne l'empêcha pas d'allaiter d'une façon satisfaisante l'enfant qui lui vint — ni ceux qui suivirent d'ailleurs; — seulement, la tumeur persévéra dans son évolution et grossit d'une façon continue autant que silencieuse d'ail-

1. Hôpital Saint-Sauveur, service du professeur Folet.

leurs, car jusqu'en ces derniers mois la malade n'en souffrit jamais. Mais depuis six mois elle est le siège de tiraillements, d'élancements ; par intervalles la pression devient douloureuse, la peau plus rouge et l'apparition de ces phénomènes nouveaux inquiète la malade suffisamment pour qu'elle demande l'ablation de leur cause.

A l'examen pratiqué à l'aide de la palpation et du toucher, on perçoit que cette tumeur est plus grosse encore que ne le faisait prévoir l'examen extérieur et qu'elle est surtout développée dans la profondeur. Liquide évidemment, mais tendue et rénitente dans une paroi épaisse et dure. Qu'est-ce ? Immédiatement l'idée d'un galactocèle se présente à l'esprit. Si les caractères physiques et le volume peuvent faire admettre cette hypothèse, l'apparition (qui est plutôt ici l'époque de la découverte par la malade) est très rare pendant la grossesse, la marche clinique est très différente, la tumeur est située en dehors de la glande mammaire ; mais n'existe-il pas des nodules aberrants ?

L'exploration devenant plus minutieuse, il semble qu'en un point très limité, la tumeur adhère à la peau, quand à ce moment un incident se produit qui vient éclairer le diagnostic. Sous l'influence des manipulations de l'examen, en un petit point noir de la peau, par un minuscule pertuis, apparaît une gouttelette de matière épaisse et blanche, sébacée évidemment, et bientôt, en exagérant la pression, il est possible d'amener la sortie d'une plus grande quantité de cette matière qui, passant toujours par le même orifice punctiforme, prend les apparences rubanées et molles du vermicelle cuit. En même temps l'odeur repoussante qui frappe l'odorat vient fournir une nouvelle preuve de la nature et de l'ancienneté de la tumeur, qui est, à n'en pas douter, un kyste sébacé.

L'ablation, qui fut pratiquée quelques jours plus tard, permit d'enlever en totalité, malgré la rupture de la poche, ce kyste dont les parois étaient dures et friables en même temps que très adhérentes par places aux parties environnantes. Le contenu était formé par une légère quantité de gaz horriblement fétide et en majorité par une matière sébacée d'odeur non moins désagréable. On put alors voir la loge que le kyste s'était creusée profondément dans la mamelle, loge constituée par une capsule cellulo-fibreuse, saignant dans le fond où elle avait été dépassée dans le cours de la dissection.

Il est de toute évidence que cette observation n'est pas, si on l'envisage au point de vue de l'intervention, d'un intérêt très palpitant. Mais il n'est pas nécessaire, croyons-nous, que la scène se passe dans l'intérieur du crâne ou dans la cavité des séreuses, il n'est pas non plus utile que la vie du malade soit mise en danger, ni que le chirurgien ait à se jouer de difficultés anatomiques ou autres, pour déclarer une observation digne d'intérêt. Aussi, bien que le kyste sébacé soit, chirurgicalement parlant, une banalité, nous n'avons pas hésité à rapporter l'observation précédente à cause de l'excessive rareté du

siège occupé par le kyste. Ouvrez les traités complets à l'article « Kystes sébacés », vous y trouverez notés leur grande fréquence en certains points, leur siège de prédilection au cuir chevelu, à la face, aux épaules, au scrotum, la possibilité de leur apparition en d'autres parties du corps, mais de leur présence dans la région du sein, il n'en est pas fait mention ; car, il faut faire une distinction sur laquelle il est tout à fait inutile d'insister entre les kystes sébacés évoluant comme celui dont nous rapportons l'observation et ceux qu'on rencontre au niveau de l'aréole. A l'aréole, en effet, ces tumeurs sont encore relativement fréquentes, la région est si riche en glandes que le fait n'étonnera personne. Mais des kystes de ce volume, développés aux dépens d'un follicule pileux de la peau du sein, évoluant vers l'intérieur de la glande, n'offrant pas ou à peine de connexions avec la peau, sont très rares, et leur diagnostic peut présenter de très grandes difficultés. Dans notre cas, ce diagnostic fut facile, parce que M. FOLET donna issue au contenu de la tumeur par une petite ouverture de la peau. BILLROTH rencontra également cette même circonstance favorable. Mais supposez un fait semblable à celui observé par GERDY et rapporté par ROMBEAU à la Société anatomique (1852) : tumeur de la mamelle, grosse comme un œuf de poule, datant de 15 ans, située à la partie inférieure et externe de la région mammaire, la tumeur avait perdu ses connexions avec la peau et s'était également creusé une loge dans la mamelle. Le diagnostic devenait embarrassant, pour ne pas dire impossible, et GERDY, dans ce cas, n'hésita pas à recourir à la ponction.

CRUVEILHIER rapporte un autre cas dans son *Traité d'Anatomie Pathologique* (tome III) observé chez une jeune fille de 26 ans, et un second (en note) observé sur le cadavre, mais dans le premier cas on voyait sur la peau un petit point déprimé, noir, vestige de l'orifice du follicule malade. Ces trois faits, outre celui de BILLROTH auquel nous faisons allusion plus haut, sont les seuls, à notre connaissance, qui aient été publiés. SACAZA, dans sa thèse (Paris 1867) sur les tumeurs de la mamelle, parle bien de leur possibilité, mais n'en cite pas d'exemples.

Pour expliquer cette situation du kyste, point n'est besoin d'invoquer la théorie chère aux Allemands, qui fait de ces kystes des kystes dermoïdes, cette origine ne peut être supposée que lorsqu'il ny a aucune adhérence à la peau, aucun point noir révélateur de l'existence du conduit excréteur. Les différences de dimensions et surtout de longueur que présentent les follicules pileux suffisent très bien pour expliquer le fait. Si le follicule pileux est long et très développé, son fond seul devient kystique, s'accroît, pénètre dans le tissu cellulaire sous-cutané, où il n'a pas de mal à se mettre à l'aise dans un tissu où il fait déjà saillie à l'état normal. Puis, le pédicule qui le relie à la peau s'allonge, se rompt et disparaît, comme dans le cas de GERDY, comme aussi dans la majorité des kystes qui affectent le cuir chevelu, ou peut persister comme dans le cas observé par BILLROTH et celui qui fait le sujet de

notre observation. On ne peut nier cependant la possibilité des kystes dermoïdes en cette région comme ailleurs, mais ceux qui déclarent kystes dermoïdes toute tumeur sous-cutanée, qualifiant d'adhérences secondaires les connexions avec la peau, ont tort de vouloir généraliser et sont probablement à côté de la vérité.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(PARIS, 18-23 Octobre 1897)

Sur le traitement chirurgical des abcès rétro-cœcaux dans les appendices.

M. le D^r DURET (de Lille). — Ces abcès sont fréquents, puisque, d'après Fergusson, Talamon, Bigs, etc., dans plus d'un quart des cas, l'appendice se trouve situé derrière le cœcum. Un certain nombre de ces collections purulentes ont en outre pour origine des infections à distance par les veines et les lymphatiques, l'appendice ayant d'ailleurs une situation normale ou autre (L. Piard). Ils sont caractérisés par une saillie, une voussure qui soulève le flanc droit, pour peu qu'ils soient volumineux. On les croit ordinairement situés derrière la paroi abdominale et en contact avec elle. Il semble qu'il n'y ait qu'à inciser celle-ci pour ouvrir le foyer et donner issue au pus sans danger, la communication avec la séreuse étant fermée par des adhérences. Or, il n'en est rien, et cette erreur de diagnostic est ordinairement commise. Par l'incision pariétale on tombe *en plein péritoine*; il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux ou trouble. Il n'y a pas d'adhérences; on voit le cœcum distendu. Si on le décolle sans précautions, le pus inonde le péritoine. Pour éviter cet accident, M. Duret indique le procédé suivant: 1° Après laparotomie, fixer par une suture continue à points passés le péritoine pariétal au cœcum, près de son bord externe, dans la plus grande étendue de la plaie pariétale, et en oblitérer les deux extrémités avec deux petites mèches de gaze iodoformée. *Ainsi l'isolement est complet*; 2° ouvrir le foyer, du bec de la sonde ou avec l'index, sur le bord externe du cœcum, l'évacuer, le curer et l'écouillonner; 3° drainage et Mickulicz. Quelquefois contre-ouverture lombaire; 4° suture à trois plans de la paroi pour prévenir les hernies consécutives. Suivent un certain nombre d'observations très instructives où la guérison a été obtenue sans incidents.

Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie.

M. le D^r A. MONPROFIT (d'Angers). — J'ai l'honneur de présenter au Congrès français de Chirurgie un instrument composé de deux valves,

s'appliquant, l'une dans une plaie de laparotomie pour lésions pelviennes, l'autre dans le vagin.

Ces deux valves s'articulent l'une avec l'autre au devant du pubis et tiennent ainsi parfaitement en place, écartant largement la plaie de la laparotomie, éclairant autant qu'il est possible le fond du pelvis et donnant, par suite, une grande facilité pour toutes les manœuvres qui nécessitent les ablations d'annexes, l'hystérectomie abdominale totale et la castration abdominale totale.

Il n'est plus nécessaire d'avoir un aide occupé à tenir la valve destinée à écarter la plaie, et d'autre part le pubis maintient l'instrument en place avec beaucoup plus de constance que ne peut le faire la main d'un aide.

L'aide a donc ses deux mains libres pour collaborer avec le chirurgien, pour faire les ligatures, compléter l'hémostase et suturer le vagin et le péritoine au fond du petit bassin.

Hystérectomie totale pour gros fibromes. Résultats de 57 cas opérés par mon procédé.

M. le D^r LE BEC (de Paris), chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph. — Mon procédé est basé sur la ligature préalable des vaisseaux utéro-ovariens, des artères utérines et la perforation des culs-de-sac, l'ablation des fibromes, du col, et la suture du péritoine pelvien, ou bien le drainage, selon les cas. Je l'applique aux gros fibromes non enlevables par le vagin. (Voir *Cong. de chir.*, 1895, page 939, avec figures explicatives.)

Je l'ai appliqué 57 fois; quelques fibromes atteignaient 12 kilog., et sur des malades exsangues. Il permet de tout couper entre deux ligatures et d'aller vite. Je suture le péritoine pelvien, quand cela se peut.

J'ai toujours pu appliquer mon procédé, quels qu'aient été le volume, l'enclavement et les adhérences. Pour mon tableau de statistique, on peut voir que j'ai rencontré toutes les difficultés.

Résumé : Kystes ou sarcomes des ovaires, 7 fois. Salpingites volumineuses et adhérentes, 1 fois. Cancers de l'utérus avec fibrome du fond, 1 fois. Adhérences totales nécessitant le morcellement, 3 fois. Adhérences à la paroi antérieure à l'intestin, 18 fois. Enclavement serré dans le bassin, 3 fois. Infiltration dans les ligaments larges, 5 fois. Le péritoine pelvien a été suturé 45 fois; drainé, 12 fois. Accidents mortels, 5 fois. Détails : péritonite septique, 2 fois. Intoxication mercurielle par des compresses-éponges mal exprimées, 1 fois; la malade est morte le trente-quatrième jour. Epuisement, mort dans les 6 heures, 2 fois.

Deux fois, hémorragies légères d'une artère vaginale, facilement arrêtées par une éponge. Je n'ai donc pas eu d'accident mortel, imputable à mon procédé. Mon procédé ne le cède à aucun autre en sécurité,

puisque tous les vaisseaux sont liés avant d'être coupés ; ni en rapidité, car, le 2 août 1897, en présence du professeur Bide, de Clermont-Ferrand, j'ai pu enlever un fibrome de 7 kilos, exactement en six minutes.

Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus.

M. le Dr A. MONPROFIT (d'Angers). — L'hystérectomie abdominale est devenue le traitement de choix pour les tumeurs *fibreuses volumineuses*, nos résultats sont devenus si satisfaisants que la gravité d'une hystérectomie abdominale est presque la même que celle d'une simple ablation d'annexes. Nous l'employons, en outre, pour les *tumeurs fibreuses de moyen et de petit volume*, que nous aurions autrefois traitées par l'hystérectomie vaginale. L'opération nous paraît plus facile en général et plus sûre dans son hémostase immédiate et secondaire ; parfois il est possible de conserver la matrice et ses annexes, alors que l'intervention avait été commencée dans le but de pratiquer l'extirpation totale. Certains cas de myômes sous-péritonéaux ou pédiculés ne peuvent être sûrement reconnus que lorsque l'abdomen est ouvert ; l'hystérectomie vaginale ne permet pas aussi facilement de conserver la matrice et ses annexes dans de pareils cas. Nous employons aussi l'opération par l'abdomen, pour enlever les *tumeurs malignes* du corps et du col dans certaines conditions. Si l'épithélioma a complètement détruit le col de la matrice, l'intervention abdominale est infiniment plus facile, plus rapide et plus sûre que l'intervention vaginale ; j'ajoute qu'il est plus facile aussi de faire une ablation complète par la voie abdominale. S'il s'agit d'une *tumeur maligne du corps de la matrice* avec augmentation notable du volume de l'organe, l'ablation par l'abdomen nous paraît infiniment préférable à tous égards. Pour ces tumeurs, il arrive en effet que l'ablation par le vagin ne peut se faire que par morcellement ; or le morcellement d'une tumeur maligne par la voie vaginale, en dehors des risques d'inoculation qu'il comporte, donne parfois les plus grandes difficultés pour la prise et l'extraction des parties friables qui cèdent constamment sous la pince, et aussi pour l'hémostase.

Nous utilisons volontiers dans ces cas l'intervention mixte ou *vagino-abdominale* ; dans un premier temps, nous sectionnons les culs-de-sac vaginaux et la base des ligaments larges, après pincement des utérines.

Dans un second temps, nous ouvrons la paroi abdominale, et sectionnant la partie supérieure des ligaments larges et les culs-de-sac péritonéaux, nous enlevons avec la plus grande facilité une tumeur que des tractions intempestives par l'une ou l'autre voie auraient fatalement déchirée, vu sa grande friabilité.

En résumé. — 1° L'hystérectomie abdominale totale employée dans le traitement des grosses tumeurs utérines n'est plus à discuter. 2° Dans le traitement des *tumeurs moyennes ou petites bénignes ou malignes*,

elle permet de faire soit une ablation plus complète et plus radicale, soit une *conservation de la matrice* qui n'eut pas été possible par la voie vaginale. 3° Nous la considérons, en outre, comme plus facile et comme plus sûre ; pour ces diverses raisons, nous croyons que le *champ de l'hystérectomie vaginale ira se rétrécissant*, alors que celui de l'hystérectomie abdominale ira s'élargissant.

Castration abdominale totale pour salpingites suppurées

M. le D^r MONPROFIT (d'Angers. — Nous avons pratiqué six fois la castration abdominale totale pour affections chroniques des annexes, nécessitant leur ablation. Les résultats immédiats de cette intervention sont excellents ; nos malades ont toutes guéri ; les résultats définitifs, au point de vue des phénomènes douloureux, paraissent devoir être beaucoup meilleurs que par l'ablation simple des annexes. Nous employons un manuel opératoire différent, selon la nature des cas : 1° si les tumeurs annexielles sont très volumineuses et cachent en quelque sorte la matrice, nous soulevons d'abord la tumeur salpingienne la plus volumineuse, ensuite la tumeur du côté opposé, et finalement la matrice ; 2° si au contraire la matrice paraît facilement abordable, nous procédons d'abord à son ablation de la façon suivante : nous sectionnons les ligaments larges le long du bord utérin, et nous faisons l'hémostase au moyen de pinces hémostatiques ou de pince à pédicule, selon les cas. Nous traçons ensuite une incision circulaire sur le péritoine, autour de la partie inférieure de la matrice. Nous réduisons ensuite la vessie et nous ouvrons, en premier lieu, le *cul-de-sac vaginal antérieur*. Nous pinçons alors le col utérin et nous l'extrayons de bas en haut par la brèche faite à la paroi vaginale antérieure. Le vagin est alors sectionné autour du col ; les utérinos sont pincées de chaque côté et l'utérus est enlevé. Il est alors généralement assez facile d'extraire les annexes en les décollant de bas en haut. Lorsque les tumeurs salpingiennes sont incluses entre les lames du ligament large, il est utile de sectionner le péritoine au moyen d'un trait de bistouri tiré transversalement au devant de la trompe, sur le bord supérieur du ligament large ; on peut alors faire pénétrer le doigt entre les feuillets du ligament, et énucléer ainsi facilement de haut en bas des tumeurs salpingiennes volumineuses. Nous rappellerons que nous avons indiqué, dès 1888, dans notre thèse sur les *Salpingites et ovarites*, le mécanisme du dédoublement du mésosalpynx et du ligament large, ainsi que le manuel opératoire propre à employer en pareil cas : nous disions aussi que la grande majorité des poches salpingiennes pouvaient être ainsi enlevées par la laparotomie ; ce point d'anatomie pathologique a depuis lors été découvert par d'autres auteurs, qui, évidemment, n'avaient pas eu connaissance de notre travail.

Lorsque la trompe et l'ovaire enflammés sont tombés dans le cul-de-

sac de Douglas où ils sont devenus adhérents, le décollement se fait plus facilement par la partie postérieure; en glissant les doigts derrière les annexes, entre elles et le rectum, on arrive à les décoller dans le fond du cul-de-sac de Douglas et on les déroule peu à peu de bas en haut, laissant la face postérieure des ligaments larges et de l'utérus dénudée et saignante. Nous enlevons alors ces annexes et ensuite la matrice. Lorsque l'ablation est terminée, nous procédons à l'hémostase définitive au moyen de ligatures jetées sur les utérines et sur les utéro-ovariennes.

La fermeture du vagin nous paraît indiquée, lorsqu'il ne reste pas une trop large surface avivée. Si l'infection en est à craindre, d'après la nature des lésions, nous laissons le vagin ouvert et établissons un drainage. Lorsque cela est possible, un surjet réunit le péritoine transversalement, d'un bord à l'autre de la cavité pelvienne.

Le nombre de nos cas est encore trop restreint pour que nous établissions un parallèle entre la castration abdominale totale et l'hystérectomie vaginale pour les suppurations pelviennes. Nous croyons que cette dernière intervention reste toujours une précieuse ressource dans les cas les plus graves, J'ajouterai que toutes les manœuvres sont singulièrement favorisées par l'emploi de ma *valve abdomino-vaginale*, qui assure, d'une façon fixe et constante, l'écartement de la plaie sus-pubienne et l'éclairage du fond du petit bassin.

De l'hystérectomie totale vaginale et abdominale

M. le Dr Thomas JONESCO (de Bucarest). — Depuis le mois d'avril 1895, j'ai pratiqué 77 castrations totales utéro-annexielles dont 40 par la voie vaginale, 2 par la voie combinée vagino-abdominale et 35 par la voie abdominale. Mes 40 *hystérectomies vaginales* se décomposent ainsi : affections utérines : cancer (9), métrites hémorragiques (6), fibrome (1), prolapsus (6); et affections des annexes : salpingites suppurées (17), grossesse tubaire (1). J'ai eu 8 accidents mortels dus à : l'hémorrhagie secondaire, après l'enlèvement des pinces (2), pincement et sphacèle de l'intestin (1), infection secondaire pendant l'élimination des escarres (5).

Le procédé que j'emploie est celui de Müller-Quénu, avec une modification : l'incision médiane de l'utérus, je la poursuis du col vers le fond sur la moitié seulement de l'organe, puis avec la main gauche, introduite par le cul-de-sac postérieur ouvert, je fais basculer le fond en avant, et après l'avoir fait sortir par le cul-de-sac antérieur ouvert, je l'incise d'avant en arrière, jusqu'à la complète séparation des deux moitiés utérines. De cette façon, la cavité utérine est ouverte en dehors du pelvis et on risque moins d'infecter ce dernier. Pour l'hémostase, j'emploie les pinces.

Les deux cas d'*hystérectomie vagino-abdominale*, pour un volumineux utérus myomateux avec des lésions multiples des annexes (kystes

des ovaires et hydro-salpinx) m'ont donné deux guérisons. *L'hystérectomie abdominale totale* ; je l'ai employée dans les affections suivantes : affections de l'utérus : fibromes (3), fibrome avec salpingite double (1), fibrome avec lésions aseptiques des annexes (1), cancer (6), sarcome de l'utérus et de l'ovaire (1), prolapsus (2) ; affections des annexes : lésions aseptiques bilatérales (kyste simple ou dermoïde, ovaires polykystiques, hydro-salpinx, grossesse tubaire (3) ; salpingites suppurées (14) ; kyste endopapillaire de l'ovaire suppuré (1) ; pelvi-péritonite chronique suppurée (1).

J'ai eu six accidents mortels, dont trois pour des cancers étendus sur les parois vaginales, une suppuration disséquante du pelvis, un épuisement par cachexie et un cas de blessure de l'intestin par l'aiguille au moment de la fermeture de l'adomen.

Mon procédé de castration abdominale totale que j'emploie depuis avril 1896 présente les points essentiels suivants : Enlèvement en totalité et d'une seule pièce de l'utérus et de ses annexes ; suppression des pinces aussi bien temporaires que permanentes ; suppression de toute hémorrhagie par la ligature préventive du pédicule annexiel (artère utéro-ovarienne), du ligament rond (artère du ligament rond) et du pédicule utérin (artère utérine) ; ouverture en premier lieu du cul-de-sac vaginal antérieur, sans conducteur vaginal et section par le vagin des culs-de-sac latéraux et postérieur ; placement sous-péritonéal des moignons artériels et reconstitution du plancher pelvien péritonéal sur toute l'étendue de la surface cruentée, laissée par la section des ligaments larges ; fermeture du vagin lorsqu'on s'adresse aux affections aseptiques ou lorsque les poches annexielles ont été extraites sans être ouvertes : drainage pelvien, par le vagin lorsque le contenu annexiel purulent et septique s'est déversé dans le pelvis.

Ma pratique personnelle m'a conduit aux conclusions suivantes : l'hystérectomie abdominale totale est l'opération de choix pour l'ablation de l'utérus et de ses annexes ; la voie vaginale n'est qu'une opération de nécessité. Pour les tumeurs utérines, sauf le cancer, la voie abdominale est préférable ; pour le cancer mobile ou mobilisable, la voie vaginale est supérieure.

Dans les affections bilatérales aseptiques des annexes, il faut pratiquer la castration abdominale totale, car l'utérus dans ces cas devient mobile et dangereux. Dans ces affections septiques utéro-annexielles, la voie abdominale met à l'abri de toute méprise sur la bilatéralité des lésions ; c'est une opération faite à ciel ouvert, réglée, méthodique, d'exécution facile ; elle permet l'ablation complète des organes malades et donne par là même des résultats thérapeutiques parfaits et durables. La castration utérine vaginale, opération de Péan, est seule indiquée dans les cas de suppurations étendues du petit bassin avec un dôme d'adhérences, qui sépare le pelvis du ventre et qu'il serait dangereux d'ouvrir ; dans ces cas le drainage vaginal s'impose.

Enfin, contrairement à la castration totale vaginale, la castration abdominale totale met à l'abri des accidents opératoires ou post-opératoires comme : hémorrhagie primitive ou secondaire, blessures des organes voisins : uretère, vessie, rectum. Grâce à l'asepsie, l'opération par l'abdomen est aussi bénigne, sinon plus, que l'intervention par le vagin, et je crois pouvoir affirmer que c'est là l'opération de l'avenir.

NOUVELLES

Concours. — HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Le 16 décembre 1897, à 9 h. du matin, sera ouvert un concours pour un emploi de chirurgien titulaire et un emploi de chirurgien suppléant à l'hôpital civil français de Tunis.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montpellier.

Les candidats devront s'inscrire au Secrétariat général du gouvernement tunisien, à Tunis, avant le 1^{er} décembre.

La Grande Librairie Médicale A. MALOINE, 23 et 25, Rue de l'École-de-Médecine, à Paris, vient de créer un service de prêt de livres de médecine par abonnement, sous le nom de *Maloine Médicale Circulante*.

Pour *cinq francs par mois*, les abonnés reçoivent en lecture, pour un temps indéterminé, tous les ouvrages de médecine qu'il leur convient de demander.

Le catalogue des ouvrages, ainsi que les conditions d'abonnement, seront envoyés franco sur demande.

Hôpital Boucicault. — L'ouverture des services aura lieu lundi 22 novembre, à neuf heures du matin. Ces services sont au nombre de trois : 1^o médecine, M. Letulle ; 2^o chirurgie, M. X... ; 3^o accouchements, M. Doldris.

Le président de la République inaugurera officiellement l'hôpital le 1^{er} décembre 1897.

Ecole de Médecine de Besançon. — M. Heitz, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est nommé professeur de clinique obstétricale.

LE PRIX DUPARQUE. — Nous rappelons qu'en 1898, la Société de Médecine de Paris décernera le prix Duparque (1.200 fr.) à l'auteur du

meilleur mémoire sur une question de pathologie relative aux affections de l'abdomen.

Les mémoires inédits devront être déposés au siège de la Société, 3, rue de l'Abbaye, à Paris, avant le deuxième samedi de janvier. Ils devront porter une épigraphe, et être accompagnés d'un pli cacheté contenant le nom de l'auteur.

M. le Dr Ch. Fournel, lauréat de la Faculté, membre de la Société obstétricale et gynécologique de Paris, commencera, le mardi 30 novembre 1897, à cinq heures, à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, amphithéâtre Cruveilhier, un cours public et gratuit de *gynécologie médico-chirurgicale et chirurgie abdominale*. — Il le continuera les mardis, jeudis, samedis suivants à la même heure.

Ecole de Médecine de Besançon. — Un concours s'ouvrira le 29 avril 1898, devant la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales*; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholériforme, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

DYSPEPSIE. = *Vin de Chassaing*.

VÉRITABLES **GRAINS de SANTÉ de D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AVIS AUX ABONNÉS

L'administration du Journal a l'honneur de prier MM. les Abonnés de vouloir bien renouveler, sans retard, leur abonnement, s'ils veulent recevoir la Gazette de Gynécologie sans interruption, ou de la prévenir, dans le cas où ils désireraient cesser de recevoir le Journal.

Les abonnements sont reçus sans frais dans tous les bureaux de poste français, et, moyennant une taxe très minime, dans les Colonies françaises.

Les abonnés étrangers peuvent envoyer le montant de leur abonnement en un mandat-poste international ou toute autre valeur, à l'administrateur du Journal, 12, rue de Châteaudun, Paris, ou faire parvenir la somme de six francs par un tibraire-commissionnaire. Les abonnés russes peuvent nous adresser trois roubles en papier-monnaie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Note sur l'Hystérectomie vaginale sans hémostase des ligaments larges.

Par le Docteur Albin LAMBOTTE, Membre titulaire.

Dans une précédente communication, j'ai décrit une nouvelle technique pour l'hystérectomie vaginale. Me basant sur la disposition des vaisseaux, j'ai eu recours à la ligature isolée des pédicules vasculaires, simplifiant de la sorte l'hémostase et la rendant plus sûre.

Dans la même communication, je faisais remarquer « qu'il est possible d'extirper l'utérus sans sectionner de vaisseaux dignes

« d'être liés. Il suffit pour cela, disais-je, de décortiquer l'organe de façon à respecter les arcades vasculaires. »

Cette proposition théorique, je l'ai mise en pratique récemment et je lui attribue une grande importance dans l'avenir de l'hystérectomie vaginale. Aussi je crois intéressant d'attirer votre attention sur ce point (1).

Pratiquer la castration vaginale sans moyen d'hémostase quelconque, paraît *a priori* une impossibilité. En effet, l'utérus est un organe richement vascularisé, et peu d'opérations relèvent autant d'hémorragies immédiates ou consécutives que l'hystérectomie.

Cependant, la disposition des vaisseaux aurait dû, de longue date, éclairer sur ce point. Quoi de plus logique pour éviter les hémorragies que de respecter les artères. Au contraire, dans tous les procédés employés jusqu'ici, loin de fuir ces artères dangereuses, on va à leur rencontre encore que l'uretère soit menacé en même temps.

Qu'arrive-t-il alors si une ligature est défectueuse, ou si une pince casse ? Une hémorrhagie formidable vient directement menacer la vie de la patiente.

* *

Le système artériel de l'utérus présente les plus grandes analogies avec celui du corps thyroïde. Chacun de ces organes est pourvu de quatre pédicules artériels, largement anastomosés sur les côtés. L'analogie n'est pas moins frappante entre l'hystérectomie et la thyroïdectomie : il n'est pas jusqu'à l'uretère qui ne puisse, au point de vue opératoire, être comparé au nerf récurrent si souvent blessé dans les anciens procédés de thyroïdectomie.

La thyroïdectomie extra capsulaire avec ligature des quatre artères telle qu'on la pratiquait, il y a quelques années, était une opération grave que le chirurgien n'entreprenait qu'avec crainte et avec un énorme matériel d'hémostase. L'opération était longue, souvent contrariée par des hémorragies redoutables, la blessure du nerf récurrent était fréquente. La décortication intra capsulaire du corps thyroïde, telle qu'on la pratique maintenant, est devenue une opération simple, facile et rapide, l'hémostase est le plus souvent inutile, les gros vaisseaux étant respectés, aussi la mortalité est devenue à peu près nulle.

Je pense qu'il en sera de même pour l'hystérectomie ; le respect

(1) La technique de Doyen pour l'Hystérectomie abdominale est basée sur le même principe.

des arcades artérielles réduit l'hémorrhagie opératoire à un suintement capillaire qui s'arrête spontanément.

Voici la technique que je propose et que j'ai suivie dans trois cas dont les observations sont relatées plus loin :

1° Section des attaches vaginales du col utérin, ouverture du Douglas et refoulement de la vessie comme dans les procédés classiques.

2° L'utérus libéré en avant et en arrière est tiré sur le côté droit de façon à tendre le ligament large gauche. Au moyen des ciseaux courbes on détache alors le ligament large. On avance par petits coups en rasant toujours le tissu utérin et en refoulant les éléments vasculaires avec l'extrémité mousse des ciseaux.

On poursuit la section du ligament large jusqu'à la corne utérine, puis on procède à la même manœuvre de l'autre côté. L'utérus ne tient dès lors plus que par les ligaments ronds et les trompes.

3° Les annexes sont amenées au dehors au moyen des doigts ou de pinces à anneaux. Avec l'extrémité mousse des ciseaux on détache simplement la trompe et l'ovaire après avoir au besoin incisé le feuillet péritonéal.

Au cours de l'opération il arrive que quelque petit vaisseau doive être lié, cependant ce n'est pas la règle : dans ma dernière hystérectomie, *je n'ai pas eu une seule ligature à placer.*

Dans les trois cas où j'ai ainsi procédé, j'ai pu atteindre la corne utérine sans avoir eu d'hémostase à pratiquer. Dans le premier cas seulement, j'ai laissé deux pinces languettes sur l'aileron supérieur du ligament large, mais ce cas était extrêmement difficile et les ovaires intimement adhérents.

L'hystérectomie pratiquée de cette façon devient d'une facilité extrême, le matériel instrumental se réduit à un petit nombre d'instruments.

L'absence de pinces dans le champ opératoire facilite singulièrement la sortie des annexes ; en outre l'utérus le plus adhérent se mobilise aussitôt que les ligaments larges sont détachés jusqu'aux cornes. Enfin, il est à remarquer que la blessure de l'uretère devient matériellement impossible.

Jusqu'ici j'ai procédé à l'opération au moyen d'instruments tranchants (ciseaux et bistouri). Je pense qu'en recourant au thermocautère, l'opération se fera sans le moindre suintement sanguin.

Obs. I. — M^{me} Van H., 36 ans, un enfant il y a dix ans. Depuis sa jeunesse la malade souffrait de vives douleurs au niveau de l'ovaire gauche aux époques menstruelles. Depuis l'accouchement,

les douleurs se sont beaucoup aggravées. Au moment des règles, les souffrances sont atroces durant 4 à 5 jours, empêchant tout repos. Les règles sont normales ; constipation.

L'examen renseigne un utérus volumineux dur, fixe ; le col est volumineux et déchiré. Les annexes gauches, prolabées dans le Douglas, sont volumineuses et douloureuses à la pression.

Le 31 mai 1897, je pratiquai avec MM. Schamelhout, Klynens et Herman, la colpotomie antérieure exploratrice ; je constatai que les annexes des deux côtés étaient adhérentes et kystiques, la face antérieure de l'utérus était garnie de plusieurs petits noyaux fibromateux, les plus gros comme des noisettes. Dans ces conditions, je me décidai pour la castration totale. J'incisais largement le Douglas. Les ligaments larges, épais et durs, rendant la ligature difficile, je détachai sans hémostase préalable les ligaments au ras de l'utérus, l'hémorrhagie fut nulle. Je prolongeai la section jusqu'aux cornes utérines. Les annexes étant impossibles à abaisser, je dus me résoudre à placer deux petites languettes au niveau des cornes utérines. J'enlevai les ovaires par morceaux, le gauche kystique était gros comme un œuf.

Les suites de cette opération ont été très bonnes, à part de violentes douleurs causées par les pinces pendant deux jours. Il n'y eut pas de suintement sanguin, bien que les utérines fussent intactes des deux côtés.

OBS. II. — Fibromes interstitiels. Castration vaginale.

M^{me} J., d'Ossendrecht, 62 ans. Pas d'enfants, a toujours été bien portante. Depuis 12 ans ménopause. Dans les dernières années les menstrues étaient excessivement abondantes.

La malade accuse, depuis plusieurs années, la présence d'une tumeur dans le bas ventre, mais à part quelques douleurs vagues, elle ne causait aucune gêne et la santé était fort bonne. Depuis 7 à 8 mois, les douleurs se sont augmentées. L'état général s'est altéré. La malade a des pertes purulentes assez abondantes et éprouve une grande difficulté pour émettre les urines.

A l'examen nous trouvons une tumeur utérine volumineuse irrégulière et d'une dureté pierreuse ; elle remonte à quatre travers de doigts au dessus du pubis et remplit toute l'excavation ; dans le cul-de-sac vesico-utérin, on sent une saillie volumineuse, source de la compression urétrale. Le vagin très étroit admet à peine un doigt, la masse morbide est d'une fixité absolue.

Opération le 27 août 1897, à l'institut St-Camille, avec l'assistance de MM. Pinnoy, Herman et Justement. L'étroitesse du vagin

rendant l'abord de la tumeur impossible, je commençai par un large débridement latéral (incision de Schuchardt). Je libérai le col et ouvris le Douglas. La tumeur fut alors morcelée au moyen des pinces gouges de Doyen, de nombreux noyaux fibromateux, les uns entièrement calcifiés, les *autres en voie d'accroissement*, furent successivement extirpés; finalement, j'amenai au dehors le corps utérin et les annexes. Après placement provisoire de deux clamps sur les ailerons supérieurs des ligaments larges, je détachai entièrement l'utérus et les annexes. J'enlevai alors les pinces et constatai que l'hémostase était complète à part deux artérioles qui furent liées au catgut. Je terminai l'opération par quelques sutures au catgut sur le vagin et par un tamponnement léger.

L'opération ne dura pas plus de 40 minutes, bien que le fibrome pesât 850 grammes. L'opération fut bien supportée, les douleurs furent tout à fait insignifiantes, le suintement sanguin presque nul. La convalescence fut un peu entravée par une cystite avec rétention d'urine, qui céda toutefois après quelques lavages de la vessie.

Un mois après l'opération, la malade nous quitta entièrement guérie.

OBS. III. — M^{me} C., de Boom, 42 ans. A eu 12 enfants et 4 fausses-couches. Depuis le dernier accouchement, il y a onze ans, les règles sont devenues excessivement abondantes; dans la dernière année les pertes de sang étaient énormes et presque continues. La malade accuse des douleurs dans le bas ventre, le dos et les cuisses. L'utérus est volumineux, dur; le col, énorme, est fortement déchiré et ulcéré. Le cathétérisme donne 12 centimètres. Les annexes ne présentent pas de lésions notables.

Le 1^{er} septembre 1897, à St-Camille, je pratiquai l'hystérectomie vaginale, seule opération rationnelle vu les lésions profondes et anciennes de l'utérus.

L'opération fut pratiquée comme je l'ai indiqué plus haut: libération du col, section aux ciseaux des ligaments larges au ras de l'utérus sans hémostase. Les annexes des deux côtés atrophiées et adhérentes furent enlevées au moyen des doigts, les connexions vasculaires brisées par arrachement.

L'opération se fit avec un écoulement sanguin tout à fait insignifiant. Deux points de suture au catgut furent placés sur la voûte vaginale et un tamponnement pratiqué.

Les suites immédiates furent parfaites; pas de suintement ni de douleurs. Le soir, dans un violent accès de vomissement, le tampon fut expulsé; il en résulta une légère hémorrhagie qui cessa par

l'application d'un nouveau tamponnement. Dès ce moment, la guérison suivit son cours régulier, sans fièvre, sans douleurs et sans pertes de sang. Vers le 10^e jour toutefois un catarrhe gastrique fébrile vint contrarier la convalescence. Le 18^e jour, la malade put rentrer chez elle, la plaie vaginale entièrement cicatrisée. Actuellement sa guérison est parfaite.

Les trois opérations que je viens de rapporter prouvent que l'on peut simplifier la technique de l'hémostase dans l'hystérectomie. Je ne puis affirmer pour le moment que le procédé que je viens de décrire puisse suppléer tous les autres (il n'existe de procédé exclusif pour aucune opération), mais, en tous cas, la suppression de l'hémostase systématique est applicable aux utérus restés plus ou moins mobiles. Dans les cas où les annexes adhérentes rendent l'abaissement impossible, on pourra toujours détacher, sans hémostase, l'étage inférieur des ligaments larges, ce qui facilitera l'extraction des organes malades.

De l'endométrite.

Le corps et le col de l'utérus diffèrent l'un de l'autre et au point de vue anatomique et au point de vue fonctionnel. Néanmoins, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est sur l'étiologie qu'il est préférable de baser la classification des endométrites. De cette façon, on doit les ranger en deux classes principales qui sont :

A. Les endométrites *simples* jusqu'ici regardées comme *non bactériennes* telles que : 1^o celles qui résultent de troubles de circulation ; 2^o celles dues aux intoxications ; 3^o celles qui relèvent d'une infection générale ; 4^o les endométrites *post abortum* et déciduales ; 5^o les endométrites exfoliatives.

B. Les endométrites *purulentes bactériennes* telles que : 1^o les gonorrhéiques ; 2^o les tuberculeuses ; 3^o les streptococciques, staphylococciques et colibacillaires ; 4^o les saprophytiques ; 5^o les diphtériques ; 6^o les syphilitiques ; 7^o les blastomycétiques ; 8^o celles dues aux amibes.

A. Lorsque, par suite d'une forte congestion, le retour du sang veineux se trouve entravé au niveau de l'utérus, il en résulte souvent un catarrhe simple de l'utérus. Ceci peut s'observer dès la première enfance par l'effet de vêtements mal ajustés, trop serrés, à la suite de malpropreté des organes génitaux, de constipation opiniâtre, et peut-être aussi par irritation directe (pénétration d'oxyures dans la vulve et le vagin) ou grattage des organes génitaux externes.

Comme autres causes, il faut citer les anomalies de la composition du

sang (chlorose, anémie, leucémie). Plus tard agissent les troubles de la menstruation, les troubles du système nerveux, la puerpéralité, les déviations et les néoplasies utérines, les affections des ovaires. Enfin les maladies d'organes éloignés tels que la vessie, les reins, l'intestin, etc., peuvent aussi amener du catarrhe utérin.

A la suite de brûlures, on voit souvent survenir une endométrite hémorrhagique, probablement due à l'oblitération des vaisseaux sanguins par suite de l'augmentation du nombre des éléments volumineux du sang; il ne semble pas que l'on puisse admettre là l'effet d'une intoxication par des substances formées au niveau de la brûlure, puis résorbées. Quant aux intoxications, elles amènent une dégénérescence graisseuse des artérioles, et consécutivement des hémorrhagies de la muqueuse; on observe alors le type clinique de l'endométrite aiguë.

Dans les maladies infectieuses aiguës, l'endométrite peut résulter de l'arrivée dans la muqueuse utérine soit de l'agent pathogène, soit des produits chimiques qu'il fabrique.

A la suite de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, la rétention de la caduque ou de ses fragments amène souvent une endométrite déciduale polypeuse; car celle-ci, à son tour, en cas de conception nouvelle, peut être cause d'un avortement ou même d'avortements répétés.

Dans l'endométrite exfoliative on trouve éliminées des membranes constituées par la muqueuse enflammée et parsemées çà et là d'hémorrhagies, mais non infiltrées de pus. Dans l'intervalle de deux rejets de membranes, il n'existe pas en général d'écoulement de pus; c'est à peine si quelquefois il y a des traces de leucorrhée. Certains auteurs ont fait de cette affection une maladie nerveuse; pour M. von Winckel il s'agit simplement là d'un processus inflammatoire local.

Toutefois, il convient de dire que si la nature bactérienne de ces endométrites simples n'est pas démontrée, pour beaucoup d'entre elles elle est au moins vraisemblable.

B. Pour les endométrites bactériennes, purulentes, certains agents microbiens peuvent, à la vérité, pénétrer à travers la muqueuse intacte, mais le plus grand nombre ne peuvent s'attaquer qu'à une muqueuse ayant subi déjà des altérations pathologiques.

L'endométrite gonorrhéique ou blennorrhagique est provoquée par le gonocoque qui, chez la femme, a son habitat dans l'urètre (85 à 100 %; le col utérin (37 à 47 p. 100), les trompes (33 p. 100), la muqueuse utérine (50 p. 100), le vagin (40 p. 100), la vulve (12 à 25 p. 100). Du col utérin les gonocoques gagnent aussi bien le péritoine à travers la paroi que la muqueuse utérine. Il ne se produit à leur égard aucune immunité et ils gardent leur virulence pendant des années. L'infection gonococcique cause, suivant les auteurs, de 12 à 30 p. 100 des maladies des femmes. L'endométrite tuberculeuse est beaucoup plus rare. Les bacilles tuberculeux chez la femme siègent le plus souvent dans les trompes, plus rarement dans le corps utérin, moins fréquemment encore

dans le col et exceptionnellement dans le vagin. La tuberculose génitale est presque toujours secondaire.

Les endométrites puerpérales septiques sont le plus souvent dues aux streptocoques ; les staphylocoques ne jouent, à ce point de vue, qu'un rôle effacé. Le streptocoque s'établit en tous les points de la muqueuse d'un utérus puerpéral ou non ; de là il traverse la paroi utérine ou les trompes pour gagner le péritoine ; il s'associe souvent aux staphylocoques ou aux diplocoques, bien plus rarement au bacille tuberculeux. Il a une virulence très variable suivant sa porte d'entrée, son abondance, la résistance de l'organisme et les propriétés des micro-organismes qu'il rencontre en chemin. Les primipares, les femmes épuisées par des hémorrhagies, par un accouchement long ou artificiel sont particulièrement disposées à l'infection par le streptocoque ; il en est de même de celles qui étaient malades avant l'accouchement. Le même microbe s'attaque aussi à l'utérus en dehors de la grossesse et de l'état puerpéral.

Le rôle pathogène du colibacille pour l'endométrite est mis hors de conteste par plusieurs observations.

Les endométrites saprophytiques sont dues au *proteus vulgaris*, au *bacillus pyogène foetidus*, au bacille saprogène de Rosenbach, etc. A ce groupe appartient l'endométrite purulente sénile qui guérit au bout d'un certain temps après qu'un écoulement purulent abondant a fait craindre l'existence d'une néoplasie maligne.

L'endométrite diphtérique vraie est possible, mais on n'en a publié aucun cas certain. Ce que l'on décrit sous ce nom chez les puerpérales est à peu près constamment dû aux streptocoques.

L'endométrite syphilitique est rare et elle atteint le col et en particulier la lèvre antérieure ; l'ectropion et les lacérations du col y prédisposent. L'endométrite déciduale syphilitique est une variété qui a plus d'importance.

Parmi les endométrites blastomycétiques, il faut signaler celle que provoque l'oidium albicans et qui a été démontrée par l'examen micrographique et les cultures.

Doria a rencontré, à la clinique gynécologique de Rome, trois cas d'une endométrite glandulaire cystique causée par des amibes.

Les symptômes des endométrites sont : 1° locaux ; 2° de voisinage ; 3° généraux.

Le premier des symptômes locaux est l'écoulement qui peut être presque nul ou très abondant, de coloration claire ou rougeâtre, verdâtre, jaunâtre, suivant le microbe pathogène, de consistance très variable. L'odeur en est généralement presque nulle, mais son altération peut le rendre fétide.

Les hémorrhagies sont aussi variables que les écoulements ; leur intensité, leur durée ne dépendent pas de la variété de l'endométrite, mais de son degré.

Les douleurs prennent le type des coliques quand elles résultent des contractions utérines, et elles sont souvent provoquées par la rétention de liquides. Dans l'endométrite exfoliative, la douleur, qui est caractéristique, débute un peu avant les règles et ne disparaît que lorsque l'écoulement sanglant s'est établi ou lorsque les membranes se sont éliminées. Avec le temps cette douleur devient plus intense et plus prolongée. Dans l'endométrite catarrhale simple, les règles peuvent être indolores, et dans la moitié des cas seulement elles s'accompagnent de douleurs pelviennes et de céphalalgie.

La stérilité causée par l'endométrite est due soit à des conditions mécaniques (gonflement de la muqueuse, stagnation des sécrétions), soit à des causes chimiques. Dans bien des cas l'avortement devient habituel. L'endométrite est encore une cause d'ectopic fœtale. Elle peut amener l'hydropisie de l'utérus gravide.

Pendant l'accouchement, l'endométrite peut causer des anomalies de contraction de l'utérus, la rupture prématurée de la poche des eaux, des hémorragies, un retard de la délivrance, etc.

L'endométrite s'accompagne en général de métrite aiguë ou chronique et peut être le point de départ de para et de périmétrites propagées par les lymphatiques, d'ovarites et de salpingites, etc., de troubles des organes voisins (vessie, rectum) et même de troubles réflexes à distance (dyspepsie, palpitations, migraine, etc.)

La marche de l'endométrite est aiguë, subaiguë ou chronique. La plupart des endométrites simples ou purulentes débutent par une phase aiguë qui peut s'accompagner de fièvre légère et de frissonnements; les formes septiques peuvent même donner lieu à un violent frisson. Les symptômes sont plus accusés quand l'écoulement des sécrétions se fait mal; les douleurs sont alors assez vives.

L'endométrite blennorrhagique donne souvent lieu, au bout de quelques jours à des symptômes articulaires. Cette forme se complique dans 18 % des cas, d'inflammation des annexes.

Pour la plupart des endométrites purulentes, la phase aiguë dure environ huit à dix jours et le passage à l'état chronique se fait ensuite sans transition brusque.

Un grand nombre d'endométrites ont un début subaigu; telles sont celles qui succèdent à l'accouchement ou à l'avortement. Sans parler d'un léger mouvement fébrile, le début est alors marqué par un écoulement sanguin plus ou moins intense. Les endométrites tuberculeuses débutent aussi, en général, d'une façon subaiguë.

Il n'est pas une forme d'endométrite, sauf la forme septique, qui ne puisse revêtir le type chronique et cela dès le début. Telles sont, par exemple, les endométrites des chlorotiques et des anémiques. Si les affections de la muqueuse utérine sont plus rebelles que celles des autres muqueuses, cela tient sans doute aux fonctions variées de l'organe qui entretiennent sa vulnérabilité.

Toutes les formes dont il a été question peuvent se compliquer d'infections secondaires qui donnent lieu à l'apparition de nouveaux symptômes ou à des poussées aiguës ou subaiguës.

D^r Von WINCKEL.

REVUE DE LA PRESSE

Double kyste du ligament large gauche, l'un inclus dans l'autre, le premier constitué par un kyste du parovarium, l'autre par une volumineuse hydropisie du ligament large.

Par le professeur L. DUBAR (de Lille)

La nommée Sophie H., âgée de 32 ans, entre dans le service salle Sainte-Ursule, n° 5, le 29 juin 1895, pour une volumineuse tumeur de l'abdomen. C'est une femme d'aspect chétif, très amaigrie, sans antécédents héréditaires ou personnels dignes d'être mentionnés.

Il y a huit ans, elle s'aperçut que son ventre grossissait sans éprouver d'ailleurs aucune douleur, le gonflement se fit lentement jusqu'à il y a huit mois. A cette époque les règles qui avaient toujours été régulières depuis l'âge de 16 ans disparurent pour ne plus se montrer depuis. L'abdomen augmenta dès lors considérablement de volume, au point d'amener dans ces derniers temps une gêne notable de la respiration.

Examen de la malade. — Le ventre est distendu par une tumeur qui le remplit presque complètement, s'étendant en haut jusqu'au rebord costal. Il existe de la matité partout, sauf au niveau du flanc gauche et de la région épigastrique.

Les signes obtenus par la percussion ne sont pas modifiés par les changements de position de la malade. Dans toute son étendue, la tumeur paraît très fluctuante. L'auscultation permet de reconnaître des frottements autour de l'ombilic. Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est abaissé de plusieurs centimètres. Le col de l'organe est immédiatement rencontré par le doigt explorateur, et le segment inférieur du corps, rendu accessible, est refoulé à droite. D'ailleurs, les culs-de-sac sont libres; il n'y a pas de prolongement de la tumeur dans le petit bassin, ce dont nous nous assurons également par le toucher rectal.

La malade n'a présenté à aucun moment ni constipation, ni difficulté dans l'émission des urines.

Les signes recueillis à l'examen se rapportent évidemment à une vaste tumeur kystique, probablement uniloculaire en raison de la large fluctuation qu'elle présente dans tous ses points. Après avoir éliminé la possibilité d'une tumeur kystique provenant des divers organes abdominaux à cause de l'absence de tous phénomènes pathologiques

antérieurs du côté de ces organes, nous nous arrêtons à l'idée d'un kyste de l'ovaire ou d'un kyste du ligament large, en raison de la configuration de la tumeur, de la zone très prononcée de sonorité dans le flanc gauche, malgré le volume énorme de la tumeur et surtout du refoulement et de l'abaissement de l'utérus.

L'opération acceptée est exécutée le 3 juillet; je pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et je rencontre immédiatement une poche à paroi bleuâtre nacré. Cette poche est tendue, rénitente. Je plonge le gros trocart dans son épaisseur. Arrivée à une profondeur de 3 centimètres à 3 centimètres $1/2$, la pointe est arrêtée par un plan résistant. Il s'écoule deux litres d'un liquide séreux, jaunâtre, puis l'écoulement cesse. Je fends alors la poche dans toute l'étendue de la plaie extérieure, c'est-à-dire sur une hauteur de 10 à 12 centimètres, puis des pinces à forcipressure sont placées sur les lèvres de la plaie kystique. Une deuxième poche, résistante, d'aspect blanc rosé, se présente dans l'ouverture. Une nouvelle ponction, faite avec le trocart, donne issue à seize litres d'un liquide blanc et limpide, transparent comme de l'eau de roche, présentant cependant une teinte très légèrement jaunâtre dans le vase où il a été recueilli. L'écoulement terminé, une pince à kyste est placée sur l'orifice du trocart. L'incision abdominale est prolongée jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les deux poches attirées au dehors, présentent un même pédicule, situé au niveau du bord gauche de l'utérus. Ce pédicule, sur une largeur de quatre travers de doigt, est sillonné à la surface par un lacs de veines distendues de la grosseur du petit doigt. Cette disposition résulte de la compression du pédicule contre le corps de l'utérus. Il existe là une véritable plicature et un épaissement œdémateux, résultant de la gêne de la circulation en retour. Deux pinces-clamps sont appliquées sur le pédicule et les poches enlevées. Nous plaçons trois fortes ligatures de soie en chaîne au voisinage de la corne utérine. Puis, après avoir cautérisé avec le thermo-cautère la surface du moignon pédiculaire et avoir fait une toilette exacte de la cavité péritonéale, nous refermons la paroi abdominale.

Les suites opératoires ont été des plus simples. L'opérée est sortie guérie le 25 juillet.

L'examen de la pièce que nous mettons sous vos yeux montre : 1° une première poche constituée par le ligament large gauche tout entier épaisse de deux millimètres, lisse et polie comme une surface péritonéale, sauf en quelques points où existe des produits inflammatoires fibreux. Sur la partie antérieure de cette poche se voit l'ovaire aplati, allongé, ressemblant à une plaque assez épaisse; au-dessus de lui se dessine la trompe et son pavillon.

Dans l'intérieur de cette première poche se trouve le second kyste, libre de toutes parts sauf au niveau du pédicule sur une étendue de 7 à 8 centimètres. Cette poche incluse que je fais sortir à travers l'ou-

verture de la poche extérieure faite au cours de l'opération est plus épaisse que la première. Sa paroi a au moins 3 millimètres d'épaisseur. Sa surface est lisse, çà et là un peu chagrinée. A l'intérieur elle ne présente aucune cloison.

Cette deuxième poche ne peut être considérée que comme un kyste du parovarium, ce que confirme l'analyse du liquide qu'elle contenait. Ce liquide analysé au laboratoire des cliniques présentait en effet une densité très faible, 1008, était riche en chlorure, 4 gr. 20 par litre, et ne présentait que quelques traces d'albumine.

L'examen histologique des parois des deux kystes a donné les résultats suivants :

La paroi du kyste extérieur formé par le ligament large est formé de tissu fibreux très riche en vaisseaux. Sa surface extérieure présente un épithélium cubique. Pas trace d'épithélium à sa face interne, ni sur la face externe du second kyste.

La face interne du second kyste offre de légères saillies et dépressions. Elle n'est pas lisse comme l'externe. Elle est tapissée par un endothélium cylindrique simple. Sa paroi est formée par du tissu fibreux pauvre en vaisseaux.

En résumé, nous avons eu affaire à un énorme kyste du parovarium inclus et presque libre dans une hydropisie du ligament large. Cette hydropisie a dû se former par suite de la compression des veines du pédicule, que nous avons rencontrées énormes à la racine de la tumeur.

Les faits de ce genre doivent être exceptionnels, car je n'en ai pas rencontré d'exemples dans la littérature médicale, soit dans les auteurs classiques, soit dans les livres traitant spécialement de gynécologie.

REVUE DES THÈSES

Traitement des polypes de l'urèthre chez la femme.

D'après M. le Dr REPITOU-PRÉNEUF (1)

Il y a lieu de distinguer les polypes du méat et les polypes de l'urèthre proprement dit.

Les premiers sont justiciables du fer rouge, de l'azotate d'argent, de l'excision simple ou suivie de cautérisation.

Quant aux polypes de l'urèthre, ils ont donné lieu à toute une série de procédés. Certains chirurgiens, après les avoir attirés au dehors au moyen d'une pince à griffes, les sectionnent ; d'autres dilatent le canal au préalable, avec un spéculum bivalve, et font ensuite l'extraction. Le professeur Laroyenne (de Lyon) a eu l'intention de remédier aux récidives, de parer aux hémorrhagies, et d'éviter les tiraillements sur la muqueuse par un procédé nouveau. Voici quelle est sa manière de procéder :

(1) Thèse de Lyon, 1897.

La malade est endormie ; puis on passe une série de bougies d'Hegar jusqu'à ce que l'index pénètre aisément dans l'urèthre. Latéralement il faut appliquer des pinces hémostatiques pour permettre de tendre la muqueuse par les parois, ce qui favorise beaucoup la dilatation progressive. Introduction consécutive de l'index droit dans le vagin et de l'index gauche dans le canal, ce qui permet de se rendre compte de l'état du canal, du nombre et de la configuration des polypes. On saisit alors le polype ; on fait saillir le pédicule et on l'excise. Une sonde à demeure produit une hémostase suffisante.

Ce procédé fort simple permet l'ablation de tous les polypes, et pare ainsi aux récidives possibles avec les autres procédés. — Le seul inconvénient est une incontinence d'urine qui persiste parfois jusqu'à huit jours.

D^r Ant. MORIN

De l'incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme.

(D^r GUIGNES. — Thèse de Lyon 1897).

L'incontinence d'urine vraie et essentielle est presque exclusive à la femme ; c'est l'issue involontaire et non sentie de l'urine avec abolition totale du besoin d'uriner, ne reconnaissant d'autre cause qu'une lésion mécanique et anatomique des barrières naturelles, opposées normalement à l'écoulement incessant de l'urine.

Cette lésion mécanique, cause de l'incontinence vraie, porte sur le relâchement des tissus et des sphincters. Elle est causée par les accouchements longs et laborieux, la dilatation chirurgicale ou pathologique de l'urèthre ou du col de la vessie, à l'oblitération d'une fistule vésicovaginale, à la cystocèle, à l'urétrocèle, à des malformations congénitales, toutes causes produisant une déformation du sphincter l'empêchant de jouer son rôle d'appareil de fermeture.

L'électricité compte quelques guérisons, et c'est par un essai qu'il faut commencer. Si elle échoue, traitement chirurgical et en particulier procédé de Pousson, combinaison des procédés de Gersung et de Duret (torsion de l'urèthre sur son grand axe (Gersung) et incurvation (Duret).

D^r Ant. MORIN (de Lyon).

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(PARIS, 18-23 Octobre 1897)

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

M. le D^r PANTALONI (de Marseille) répondant à M. Jonnesco, pense qu'il n'y a qu'une seule méthode opératoire d'hystérectomie abdominale totale basée à la fois sur l'anatomie pathologique de ces tumeurs et sur le mode de vascularisation de la matrice, c'est la *décortication sous-*

séreuse de la tumeur ; mais cette méthode comporte des procédés différents suivant les cas :

a) Dans les cas simples, le meilleur est d'aborder la masse par le cul-de-sac postérieur.

b) Dans les cas compliqués, lorsqu'il s'agit de fibromes enclavés et adhérents au Douglas, rendant l'abord de celui-ci long et pénible lorsqu'il s'agit de fibromes avec annexites suppurées adhérentes formant une masse compacte et septique remplissant aussi le Douglas, on peut aborder la matrice par le cul-de-sac antérieur.

Ainsi, on ne perdra pas un temps précieux à trouver le vagin ; on ne se contaminera pas les doigts, dès le début des manœuvres ; enfin, on terminera par la zone septique. Au besoin, on décortiquera en bloc les masses suppurées en passant sous le péritoine, quitte à suturer le lambeau séreux antérieur, c'est-à-dire ce qui reste de péritoine à la face antérieure de la région sacrée et à drainer su-dessous par le vagin. Ce sont là les réflexions qui lui ont été suggérées par 32 opérations avec un seul insuccès depuis deux ans.

Discussion sur l'hystérectomie abdominale totale.

(Réplique à l'argumentation de Péan et Bouilly).

M. le D^r MONPROFIT (d'Angers). — Je suis très sensible aux arguments qui me sont présentés par M. Péan et par mon cher maître, M. Bouilly ; je suis convaincu qu'entre les mains d'opérateurs d'une habileté aussi universellement reconnue, l'hystérectomie vaginale donne des résultats aussi bons que l'abdominale ; mais j'envisage la question moins au point de vue de l'exérèse totale de l'organe qu'au point de vue de sa conservation. C'est désormais le point qui me paraît avoir la plus grande, et je dirai presque la seule importance : *par quelle voie serai-je le plus sûr de pouvoir conserver la matrice et ses annexes, si cela me paraît possible au cours de l'intervention ?* A cette question, je réponds que pour moi je crois pouvoir mieux conserver la matrice et ses annexes, *en état de fonctionner*, par l'intervention abdominale que par la vaginale ; j'opérerai donc le plus possible par la voie abdominale et tous mes efforts seront dirigés, non vers l'ablation totale, mais vers la conservation de l'organe, si elle est possible.

Les ablations totales de la matrice ne me satisferont jamais autant qu'une conservation de l'appareil génital ; et je crois que nous avons, dans notre légitime recherche des meilleurs procédés opératoires, trop de tendance à mutiler définitivement, avant d'avoir épuisé tous les moyens de conserver. En résumé, la laparotomie me paraît pouvoir se prêter, mieux que la colpotomie, à la conservation, et c'est pour cela que j'y ai plus volontiers recours, sans vouloir aucunement prétendre que d'autres ne font pas aussi bien par la voie vaginale que nous par

l'abdominale. Je prends pour ma règle de conduite la formule suivante : *faire par la voie abdominale tout ce qu'il est possible de faire par cette voie, ne faire par le vagin que ce qu'on ne peut pas faire par l'autre voie.* Nos adversaires peuvent facilement prendre la formule opposée.

BIBLIOGRAPHIE

De même que le Livret de Famille et que le Livret Militaire, le « LIVRET MEDICAL » du Dr. Vaucaire, qui vient de paraître à la librairie Charpentier et Fasquelle, va rapidement s'imposer et devenir le vade-mecum indispensable à chaque membre d'une famille. Tenu au courant depuis le plus jeune âge, il sera d'un grand secours pour les médecins, qui pourront rapidement se rendre compte du tempérament spécial du sujet qu'ils ont à examiner et de ses diverses maladies antérieures, avec les phénomènes qui les ont accompagnées.

Un manuel succinct du traitement des principales maladies de l'enfance et de l'âge adulte, et des feuilles de température complètent ce volume, qui correspond à un réel besoin.

NÉCROLOGIE

Tarnier.

Le Dr Tarnier, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris, vient de mourir dans sa 70^e année, après une courte maladie. C'est une grande perte pour la science française. L'art des accouchements perd en lui un de ses chefs les plus éminents, un de ceux dont la réputation était universelle. Ses obsèques ont eu lieu mardi matin à la Madeleine. Suivant sa volonté expresse, aucun discours n'a été prononcé. Quelques mots d'adieu ont été dits à Dijon où il a été transporté.

Tarnier, né le 29 avril 1828, est nommé interne des hôpitaux en 1852 et docteur en 1857. Sa thèse de doctorat : *De la fièvre puerpérale observée à la Maternité*, est déjà une œuvre qui compte.

En 1860, il est reçu agrégé, et sa thèse d'agrégation : *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire et des procédés opératoires, relatifs à cette extraction*, marque un pas brillant dans la carrière qu'il a depuis suivie avec tant de succès.

En 1865, il publie un important mémoire sur l'hygiène des hôpitaux de femmes en couches et un Atlas d'accouchements en collaboration avec MM. Lenoir et puis Sée. Cette année, il est nommé chirurgien des hôpitaux.

En 1866, il est chargé du cours des élèves sages-femmes et il publie : *L'hygiène des maternités*. En 1872, il est élu membre de l'Académie de médecine de Paris.

En 1875, il éditait : *Le régime lacté dans l'albuminurie de la grossesse et l'éclampsie*.

De 1878 à 1886, il publiait, en collaboration avec MM. Chantreuil et Budin, son beau *Traité de l'art des accouchements* qui, malheureusement, ne fut pas achevé.

En 1882, il faisait paraître un livre d'un grand intérêt pratique : *Physiologie et hygiène de la première enfance* considérées surtout au point de vue de l'alimentation.

En 1888, il publiait : *Allaitement et hygiène de la première enfance* (couveuse et gavage).

En 1888, il remplaça N. Depaul, décédé, comme professeur de la clinique des accouchements, des maladies des femmes et des enfants.

Tarnier était praticien émérite, d'une grande habileté et très ingénieux. Il a modifié la plupart des instruments obstétricaux : tout le monde connaît son forceps à traction axile et son basiotribe.

Tarnier, qui s'était occupé de la fièvre puerpérale dès ses premiers pas en médecine, a introduit dès 1881 l'antisepsie et spécialement le sublimé dans la pratique des accouchements. En 1894, il publia avec M. Potocki cet ouvrage monumental : « De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique », dont nous avons parlé à maintes reprises.

Combien de fois n'avons-nous pas reproduit l'une ou l'autre de ses excellentes leçons cliniques, toutes marquées au coin du meilleur bon sens !

Tarnier était un vrai bienfaiteur de l'humanité, car, grâce à ses innovations, il a permis de sauver des milliers de mères et d'enfants.

Nous nous inclinons avec respect devant sa tombe. N. CHARLES

NOUVELLES

La conférence des avocats du barreau de Paris a discuté récemment la question suivante : « Un médecin peut-il être déclaré par le tribunal responsable à raison d'une imprudence exclusivement imputable à l'homme de l'art.

La presque unanimité des membres a conclu par la négative.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la *constipation habituelle*, les *hémorroïdes*, l'*atonie des muqueuses gastro-intestinales* ; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabana* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin ; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières*.

Vitriables **GRAINS „SANTÉ„ D'FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : Dr A.-F. PHILIPPEAU.

Paris. — Imprimerie A. Quelquejeu, rue Gerbert, 10.

GAZETTE

DE

GYNÉCOLOGIE

JOURNAL BI-MENSUEL

DES MALADIES MÉDICO-CHIRURGICALES DES FEMMES

AVIS AUX ABONNÉS

L'administration du Journal a l'honneur de prier MM. les Abonnés de vouloir bien renouveler, sans retard, leur abonnement, s'ils veulent recevoir la Gazette de Gynécologie sans interruption, ou de la prévenir, dans le cas où ils désireraient cesser de recevoir le Journal.

Les abonnements sont reçus sans frais dans tous les bureaux de poste français, et, moyennant une taxe très minime, dans les Colonies françaises.

Les abonnés étrangers peuvent envoyer le montant de leur abonnement en un mandat-poste international, ou toute autre valeur, à l'administrateur du Journal, 12, rue de Châteaudun, Paris, ou faire parvenir la somme de six francs par un libraire-commissionnaire. Les abonnés russes peuvent nous adresser trois roubles en papier-monnaie.

TRAVAUX ORIGINAUX

Quelle est la cause des métrorrhagies dans les fibromes utérins ?

Par M. le D^r E. TAILHEFER,

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse.

Nous avons recueilli, dans le service de M. le professeur Jeannel, de Toulouse, une observation qui nous paraît éclairer le problème de l'origine des métrorrhagies dans les fibromes utérins. Nous ne donnerons pas tous ses détails, ce serait inutile et fastidieux ; nous en extrairons seulement les points qui intéressent notre sujet.

Il s'agissait d'un gros fibrome sous-péritonéal muni d'un pédicule assez long qui s'implantait sur le fond de l'utérus, tel un battant de

cloche, et oscillait dans tous les sens au gré capricieux de la statique abdominale. La cavité de la matrice était normale; ses parois n'étaient pas hypertrophiées et leur dégénérescence scléreuse commençait à peine à s'établir; elles supportaient deux petits fibromes dont l'un était sous-péritonéal et du volume d'une noisette, et l'autre interstitiel ressemblant à un pois. Agée de 35 ans, la malade n'a jamais eu de métrorrhagie; depuis 5 ans, cependant, ses règles étaient plus fréquentes, bien qu'elles eussent la même durée, et, depuis 8 ans, c'est-à-dire depuis une fièvre typhoïde, elle a des pertes blanches. Le diagnostic d'endométrite a été confirmé par l'examen histologique.

En résumé, nous retenons trois points de cette observation :

- 1° Les fibromes ne gênaient pas la circulation utérine ;
- 2° Il y avait de l'endométrite ;
- 3° Absence de métrorrhagie.

Nous pensons que ces faits sont liés par un véritable rapport de causalité.

Si, en effet, la métrorrhagie manque lorsqu'il n'y a pas de gêne de la circulation utérine, alors même que l'endométrite existe, n'avons-nous pas le droit d'affirmer que la congestion joue, dans la production de la perte rouge symptomatique du fibrome, un rôle étiologique capital ?

Il nous semble qu'on pourrait faire un parallèle entre le fibrome utérin et le prostatisme, en considérant la place prépondérante qu'occupe la *congestion* dans l'un comme dans l'autre.

L'école de Necker a démontré que la cystite des calculeux et des prostatiques exigeait deux conditions pour se produire : une vessie congestionnée et une invasion microbienne du réservoir urinaire.

Les calculs, la sclérose de l'appareil de la miction sont impuissants, isolément, à faire la cystite.

Leur rôle est d'être des agents de congestion : le calcul en irritant par sa présence et ses traumatismes la muqueuse vésicale, la sclérose en gênant la circulation. Cette vessie congestionnée constituera pour les microorganismes un milieu de culture des plus propices. Et le microbe ennemi d'où viendra-t-il ?

Très souvent, son installation est chose faite : il a déjà pris domicile, mais sa virulence est atténuée. Il sortira volontiers de sa torpeur et de son sommeil si on lui offre de meilleures conditions biologiques, et il se multipliera à l'infini.

Si le prostatique est vierge de toute infection urinaire, sa défloration peut être accomplie par cathétérisme sale.

Pour citer un exemple, entre mille, du rôle joué par la congestion dans l'épanouissement de la flore microbienne, nous rappellerons l'observation publiée par Janet dans les *Annales génito-urinaires* de 1895. Il y était question d'une gonococcite féminine qui restait latente pendant la période intermenstruelle et se manifestait soudain à l'époque des règles.

A notre humble avis, le fibrome utérin est comparable au prostatisme.

Ici et là, la lésion est la même : c'est la sclérose. Dans le fibrome, la sclérose n'est pas cantonnée dans la tumeur, elle se diffuse dans la paroi utérine. Celle-ci n'est-elle pas d'ordinaire hypertrophiée et comme disposée à procréer de nouveaux corps fibreux ? Pour notre part, nous avons vu souvent de tous petits fibromes pas plus gros qu'un pois, enchâssés dans le parenchyme utérin. Qui peut dire que ces minimes tumeurs ne prendront pas du volume et ne deviendront pas les gros fibromes chirurgicaux ?

Devant cet aléa, beaucoup de chirurgiens préfèrent l'hystérectomie aux opérations partielles lorsque la femme n'est plus..... femme, bien entendu.

Dernièrement, nous avons vu enlever par M. le professeur Jeannel, une matrice fibromateuse chez une femme qui, de la main du même opérateur, avait subi une « césarienne » pour fibrome, il y a quatre ans. Un autre fibrome s'était donc formé. Quant aux métrorrhagies, elles avaient recommencé dix mois après la première opération.

Il n'est pas vraisemblable d'admettre qu'elles étaient produites au début par le gros fibrome qui a été morcellé ces temps-ci, mais bien par la sclérose de la paroi utérine. Suivant que la teneur du tissu scléreux sera plus ou moins élevée, la circulation utérine sera presque normale, légèrement entravée ou considérablement gênée.

Dans ce dernier cas, les parois artérielles perdront leur élasticité, le calibre de tous les vaisseaux sera diminué. Le sang veineux stagnera, arrêté dans sa marche par l'étroitesse des vaisseaux et la vis à tergo qui le pousse s'épuisera en ces défilés trop étroits d'autant plus rapidement qu'elle n'est plus secondée par l'action de la paroi ; et l'engorgement augmentera si l'apport sanguin devient plus considérable. Chez le prostatique, la fluxion est due à un séjour prolongé au lit, à un refroidissement, à une élévation de température, à un écart de régime, à un coït, etc. Chez la femme qui a un fibrome utérin, la fluxion est le fait des règles. On sait en effet que les métrorrhagies d'origine fibromateuse sont contemporaines des règles.

Nous pouvons dire par conséquent que l'utérus dont la circulation est gênée par du tissu scléreux est en état de congestion.

Cet utérus peut-il avoir une perte rouge? Pas encore.

Si la congestion se fait intense, elle rompra le vaisseau et le sang s'échappera dans le sein de la paroi utérine. Que si la barrière épithéliale qui s'interpose entre le vaisseau et la cavité utérine était forcée, le moment serait venu de la naissance de la perte rouge. C'est l'infection qui se chargera de cette effraction nécessaire.

Les agents infectieux seront d'ordre vénérien ou thérapeutique, à moins qu'ils n'aient simplement une origine vaginale. Le vagin étant en continuation avec le monde extérieur recèle un grand nombre de microbes. Ceux-ci pourront faire l'ascension de l'utérus dès que la porte en sera ouverte, c'est-à-dire pendant les règles. C'est que l'utérus est fermé en dehors de la période menstruelle par un bouchon muqueux qui en est le fidèle cerbère. Mais si le gardien tombe malade, en d'autres termes, si les glandes en grappe du col atteintes dans leur nutrition par leur état congestif secrètent un mucus altéré, moins adhésif, l'ennemi passera et entrera dans la place.

Jusqu'ici, nous avons parlé d'une infection consécutive à une congestion : il est évident que l'inverse peut se produire. Comme dans les voies urinaires, on observe dans l'utérus des phénomènes de microbisme latent. La congestion viendra et exaltera ces virulences endormies. Une autre action qui vient s'ajouter souvent à la congestion doit être signalée : c'est la stagnation des excréta glandulaires dans les clapiers de la cavité utérine, déformations qui sont dues aux fibromes. Voilà d'où vient le microbe et d'où vient sa transformation s'il est déjà introduit, et voici quelle sera son œuvre.

Il attaquera les cellules de l'épithélium et ne tardera pas à les détruire complètement. S'il est peu nocif, il bornera là son action dévastatrice ; sinon il ira de l'avant et s'enfoncera plus profondément dans la sous-muqueuse, dans les goulots glandulaires, dans le tissu conjonctif. Borrisow, qui a fait le dernier travail histologique paru sur cette question, dit avoir constaté les lésions les plus diverses dans les matrices fibromateuses : endométrite superficielle, glandulaire, parenchymateuse. Dans notre cas, nous avons vu les lésions de l'endométrite superficielle : l'épithélium tout entier avait disparu, mais l'intégrité des goulots glandulaires nous a fait penser que l'infection n'avait pas encore envahi les couches profondes. Le tissu conjonctif avait réagi puisqu'il contenait

plusieurs groupes de cellules inflammatoires, au nombre desquelles des plasmazellen (1).

Tel est le rôle de l'infection dans l'étiologie de la perte rouge dans les fibromes. Il est évident que l'infection seule peut produire la perte rouge : on le voit dans l'endométrite hémorrhagique ordinaire. Mais la métrorrhagie d'origine fibromateuse est bien autrement intense, car il y a ici un élément en plus : la sclérose, qui cause la congestion de l'utérus.

Nous concluons que la fibromatose utérine est la cause efficiente de la métrorrhagie puisqu'elle est un agent de congestion.

La preuve de cette affirmation, nous la trouvons dans le fait qui sert de fondement à notre travail : notre fibrome était pédiculé et avait, avec la paroi utérine, le minimum de relations ; il ne gênait pas sa circulation ; aussi pas de métrorrhagie.

Mais la congestion ne suffit pas : il faut que l'infection fasse un passage à l'écoulement sanguin en détruisant l'épithélium. La preuve, nous la prenons encore dans notre observation. Il y avait de l'endométrite ; l'épithélium n'existait plus, et cependant pas d'hémorrhagie.

Il faut donc reconnaître que les métrorrhagies dans les fibromes reconnaissent deux facteurs étiologiques efficients étroitement unis, solidaires l'un de l'autre : la congestion, l'infection. Quant à la cause déterminante, occasionnelle, il faut la chercher presque toujours dans la fluxion causée par la menstruation.

(1). Nos coupes ont été faites dans le laboratoire de M. Ch. Audry, par M. Sénat, étudiant en médecine ; nous leur adressons nos remerciements.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la sérothérapie dans les néoplasmes malins.

M. le prof. J.-F. SOMATSKY (Saint-Petersbourg). — J'ai employé la sérothérapie dans 22 cas de néoplasmes malins et avec des résultats toujours négatifs. Je crois donc pouvoir affirmer que, dans quelques cas fort peu nombreux, d'ailleurs, dans lesquels des néoplasmes malins auraient été guéris au moyen des injections de sérum, il a été commis une erreur de diagnostic.

Je pense même que les injections de sérum peuvent être nuisibles, soit qu'elles servent de porte d'entrée à certaines infections, soit surtout qu'elles déterminent des accidents d'intoxication. Je crois donc qu'il faut proscrire en clinique les sérums jusqu'ici préconisés contre les

néoplasmes; il faut auparavant que la médecine expérimentale prépare la voie à une thérapeutique moins dangereuse.

Étant donné l'entraînement général pour la sérothérapie, il y a lieu de soulever ici une question d'ordre général; n'est-il pas possible de trouver un milieu qui, tout en renfermant les éléments actifs des sérums sanguins, soit en même temps dénué de leurs qualités dangereuses?

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique d'accouchements et de gynécologie.* — M. Bar, agrégé, chargé de cours, a commencé le cours de clinique d'accouchements et de gynécologie le samedi 4 décembre 1897, à 9 heures du matin (clinique d'accouchements, rue d'Assas), il le continue les mardis et samedis suivants, à la même heure. *Ordre du cours:* Mardi et samedi, leçons à l'amphithéâtre. Visite des malades tous les matins, à neuf heures.

MONUMENT TARNIER. — Les anciens internes et les anciens chefs de clinique de M. Tarnier désirent lui élever, à Paris, un monument qui perpétuera sa mémoire. Le doyen de la Faculté de médecine, le président et le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, le président de la Société de chirurgie, le président de la Société obstétricale de France et le directeur général de l'Assistance publique, demandent aux journaux de vouloir bien s'associer à cette œuvre. Mardi 14 décembre 1897, à 8 h. 1/2 du soir, a eu lieu une réunion dans laquelle a été constitué un Comité général et une commission exécutive.

LAXATIF ANTISEPTIQUE. — La *Cascarine Leprince* assure l'antisepsie intestinale, combat et guérit, sans purger, la constipation habituelle, les hémorroïdes, l'atonie des muqueuses gastro-intestinales; seul laxatif indiqué dans la grossesse et l'allaitement. (Méd. d'or, d'argent et de vermeil).

CHAMPAGNE EUPEPTIQUE DE CHOUBRY. — Dyspepsies, diarrhée cholérique, vomissements incoercibles de la grossesse, vomissements post-opératoires.

Le meilleur remède de la Constipation est l'eau purgative de *Carabâna* qui s'emploie même en état de santé pour régulariser les fonctions digestives, à la dose d'un verre à bordeaux, avant le premier déjeuner du matin; l'action en est rapide et douce.

ALIMENTATION DES ENFANTS. — *Phosphatine Falières.*

Véritable **GRAINS de SANTE de D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

Le Propriétaire-Gérant : D^r A.-F. PHILIPPEAU.

TABLE DES MATIÈRES

ET DES

NOMS D'AUTEURS DU XII^e VOLUME

A

	Pages
Abcès rétro-cœcaux dans les appendicites (sur le traitement chirurgical des) D ^r DURET, de Lille.	345
Académie de Médecine de Belgique	316
Affaire Laporte.	321
Amputation supra-vaginale de l'utérus (contribution à la question sur le traitement rétro-péritonéal du moignon, dans l') indiquée pour des myômes de la matrice	269
Apostoli	188-292-313
Appendicite (pathogénie et traitement prophylactique de l')	218
Ascite des jeunes filles (de l')	209
Audry	193
Avis aux abonnés	17-33-353-369
Avortement (contribution à la thérapeutique de l')	44

B

² Bayeux (R.)	156
BIBLIOGRAPHIE. <i>Déséquilibrés du ventre</i> (les), par le D ^r MONTEUUIS, de Dunkerque	239
— <i>Formulaire des médicaments nouveaux pour 1897</i> , par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN.	125
— « <i>Induced premature labour in certain diseases of the mother not obstructing delivery</i> », par le D ^r J. S. SWAYNE	271
— <i>Livret médical</i> , par le D ^r VAUCAIRE	367
Bicyclette (la) chez la femme	61
Blennorrhagie (sur la) chez la femme	193
Bocquillon-Limousin	125
Bossi	286
Bouilly	1-209

C

Cancer aigu de l'utérus avec généralisation rapide	21
Cancer chez la femme (le)	337
Cancer utérin	273
Carpenter	234
Cerné	13
Chéron	191

	Pages
Collections séreuses pelviennes (des)	190
Congrès de Moscou	286-294-318-319
Congrès Français de chirurgie (X ^{me})	1
Congrès Français de chirurgie (XI ^{me})	345 à 349
Cornillon	239
Courants alternatifs de haute fréquence (sur l'action thérapeutique générale des)	313
Courant ondulatoire (sur les applications nouvelles en thérapeutique électrique)	292
Curatulo	40

D

Depasse	129
Déplacements de l'utérus en arrière (les)	225
Dermatite (sur un cas très grave de) consécutive à deux applications de Rayons X., pathogénie et traitement	188
Diverticules urétraux chez la femme	232
Double valve abdomino-vaginale pour laparotomie	345
Douleurs menstruelles (disparitions de certaines) à la suite de la cocaïnisation de la muqueuse nasale.	174
Dubar	362
Duret	345

E

Eau chaude en chirurgie (l')	42
Eklund	269
Empoisonnement arsénical par la voie vaginale	175
Endométrite (l').	358
Endométrites chroniques et des salpingites au début par les vapeurs médicamenteuses (traitement des)	18
Endométrite (traitement médical par l'emploi des vapeurs de Brôme.	318
Epithélioma de la vulve, infection locale post-opératoire. Emploi du sérum antistreptococcique.	281
Entérite muco-membraneuse	241
Entérite muco-membraneuse et rein flottant.	173
Entéroptose (fixation du foie et des deux reins dans un cas d')	252

F

Fibrome volumineux de l'utérus.	39
Fissures à l'anus (traitement des) par la cocaïne et l'ichthyol	44
Fibrome sous-muqueux de l'utérus (observation d'un)	116
Fibrome pendant la grossesse et l'accouchement	154
Fibro-myome enlevé par énucléation intra-péritonéale	220
Fraipont	71
Fraisse	131-161-177

	Pages
FEUILLETONS. Accouchement (de la cause de l'attitude prise par la femme dans l')	145-161
— Avortement (sur l')	1
— Doctoresses aux Indes	65
— Femme médecin (la)	257-273
— Fonctions génitales (de l'influence des sens sur les); le nez dans ses relations avec l'appareil sexuel	225-209-241
— L'homme vaut par sa main	17
— Hydrothérapie (de quelques actions réflexes à distance provoquées par le froid et utilisées en)	337
— Médecin philosophe (à propos d'un)	81
— Radiographie (les dernières applications de la)	49
— Sein hystérique (le)	97-113
— Un cas de déontologie scabreux	33

G

Gonocoque (de la culture du)	270
Grossesse extra-utérine (du traitement de la)	145
Grossesse extra-utérine (traitement par l'électricité)	319
Grossesse tubaire (deux causes anatomiques de)	41
Grossesses tubaires (deux cas d'hémorragie interne grave, dues à des ruptures de)	34

H

Hématocèle rétro-utérine; incision vaginale, péritonite mortelle; action des injections hypodermiques de sérum artificiel	13
Hémorragie interne grave due à des ruptures de grossesse tubaire (deux cas d')	34
Henrotay	25-145
Hystérectomie totale pour gros fibromes. Résultats de 57 cas opérés par mon procédé.	346
Hystérectomie abdominale totale pour tumeurs de l'utérus; castration abdominale totale pour salpyngites suppurées.	347
Hystérectomie totale, vaginale et abdominale (de l')	349
Hystéroscopie (l')	97
Hystérectomie vaginale (considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l') en cas de fibromes et de suppurations pelviennes)	49-66
Hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes	131-161-177
Hystérectomie abdominale totale (l')	216
Hystérectomie vaginale pour adénome de nature maligne des glandes du col	220

	Pages
Hystérectomie abdominale totale	365
Hystérectomie vaginale sans hémostase des ligaments larges (note sur l')	353

I

Incontinence d'urine vraie et essentielle chez la femme. . .	365
--	-----

J

Jacobs	273
Jonesco	349
Josephson	232

K

Keiffer	136
Kératite parenchymateuse récidivante d'origine utérine. . .	285
Kyste (double) du ligament large gauche, l'un inclus dans l'autre, le premier constitué par un kyste du parova- rium, l'autre par une volumineuse hydropisie du liga- ment large	362
Kyste ovarique (tumeur gazeuse développée dans une poche de).	122
Kyste sébacé de la mamelle, par le D ^r LAMBERT	342

L

Lambert.	342
Lambotte	353
Laparotomie (double valve abdomino-vaginale pour). . . .	345
Le Bec	346
Ligaments ronds (le raccourcissement des)	95
Lithiase biliaire (des rapports de la) avec la fonction utérine.	289

M

Malformation congénitale (absence d'anus et abouchement du rectum dans la vulve chez une fillette de cinq semaines) .	121
Marfan	305
Martin (A.)	121
Menstruation (étude des modifications des échanges orga- niques sous l'influence de la)	316
Métrites (traitement médical des)	170
Métrorrhagies de l'adolescence (les)	60
Métrorrhagies et métrites hémorragiques	107
Métrorrhagie dans la rougeole	129
Métrorrhagies dans les fibromes utérins (quelle est la cause des)	369
Métrorrhagie et mariage	283
Monprofit	345-349-366

	Pages
Montenuis	239
Morin	364
Morris (R. T.)	113

N

Néphropexie (nouveau procédé opératoire)	294
Nitot	318

O

Occlusion intestinale vraie aiguë consécutive à l'hystérectomie vaginale	284
Ovaire (sur la sécrétion interne de l')	40

P

Péricystite (de la)	202
Péritonite et salpingo-ovarite double tuberculeuses	25
Petit	81
Philippeau	302
Platon	116
Polypes de l'urèthre chez la femme (traitement des)	364
Prieur (A.)	97
Prolapsus génital (traitement du) chez la femme	81
Prolapsus génitaux (traitement des)	1
Prophylaxie gynécologique (de la nécessité d'étendre les connaissances sur l'hygiène des femmes par rapport à la).	286

R

Rayons X. (Recherche d'une épingle à cheveux dans la vessie d'une femme, au moyen des).	78
Richardière	241
Richelot	216
Rochet	34-39
Rösch	202
Roger	156

S

Segond (P.)	49-66
Sein (la maladie kystique du).	257
Sérothérapie dans les néoplasmes malins (sur la)	373
Smith	91-220
Société de Médecine de Rouen	121
Société de thérapeutique	173
Société française d'ophtalmologie	285
Société obstétricale et gynécologique de Paris.	29
Solé	337

Somatsky	Pages 373
Sordes	18
Suture du col utérin (des principales causes d'insuccès dans l'opération qui a pour but la)	91
Swayne	271

T

Tailhefer	257-369
Tarnier	367
Thérapeutique intra-utérine (à propos de)	71
Toucher rectal (de la valeur diagnostique du) chez les enfants et plus particulièrement pour les organes génitaux féminins	234
Toxine diphthérique (sur le rôle de la) dans la formation des fausses membranes	159
Tubes endoscopiques pour l'inspection directe de l'utérus	113
Tumeurs fibreuses pendant la grossesse et l'accouchement	136

V

Vaucaire	367
Vautrin	190
Vomissements incoercibles de la grossesse (les mélanges salés dans le traitement des)	319
Von Winkel	358-352
Vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles (traitement de la)	305

W

Wassermann	270
Westermarck	269
Wimson-Ramsay	252

RÉPERTOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

A

Anesthésie par infiltration	108
---------------------------------------	-----

C

Cancer utérin (traitement médical du)	191
---	-----

P

Pyélites et leur traitement (des)	302
---	-----

T

Tranchées utérines (du traitement des)	222
--	-----





